





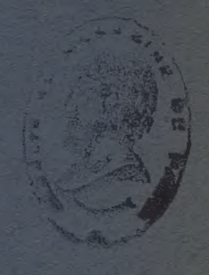
ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

FONDATEUR.
J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF:
RENÉ CHARPENTIER



104e Année - T. II - N° 1
Juin 1946

MASSON & Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS



PUBLICATION PÉRIODIQUE
PARAISSANT 10 FOIS PAR AN

ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL (1946)

(L'abonnement part du 1er janvier)

France et Colonies : 480 fr. ; Etranger : 580 fr.

Changement d'adresse : 5 fr.

CONDITIONS DE VENTE DES COLLECTIONS

Années 1843 à 1930 : Chaque année.................. **310** francs

L'année mixte 1914-1915 formant 2 volumes est en vente au prix de 310 francs. L'année 1916 et l'année 1917 formant chacune un volume sont réunies pour la vente en une année mixte au prix de 310 francs les 2 volumes.

Les années *1846* et *1847* sont épuisées.

Les années *1843*, *1844*, *1848*, *1854*, *1860* et *1874* sont *rares* et ne peuvent être acquises qu'avec la collection. Chacune de ces années est en vente au prix de..... **550** francs

Années 1931 à 1945 : Chaque année.................... **550** francs

Tables

Table générale et alphabétique, Tome I (1843 à 1866). 1 vol................. **185** francs
Table générale et alphabétique, Tome II (1867 à 1878). 1 vol................ **185** francs
Table générale et alphabétique, Tome III (1879 à 1930.) 1 vol............... **375** francs

Chacun de ces 3 volumes contient une table alphabétique par noms d'auteurs et une table analytique des matières.

Cinquantenaire de la Société médico-psychologique, 1902, 1 vol......... **50** francs
Centenaire des Annales médico-psychologiques, 1943, 1 vol................. **200** francs

Les *Annales médico-psychologiques* forment chaque année 2 volumes in-8°

(Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus)

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

ANNÉE 1946

TOME DEUXIÈME

ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

FONDATEUR.

J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF :

RENÉ CHARPENTIER



104e ANNÉE — 1946
TOME DEUXIÈME

IMPRIMERIE A. COUESLANT
(PERSONNEL INTÉRESSÉ)
1, RUE DES CAPUCINS — CAHORS

PUBLICATION PÉRIODIQUE PARAISSANT 10 FOIS PAR AN

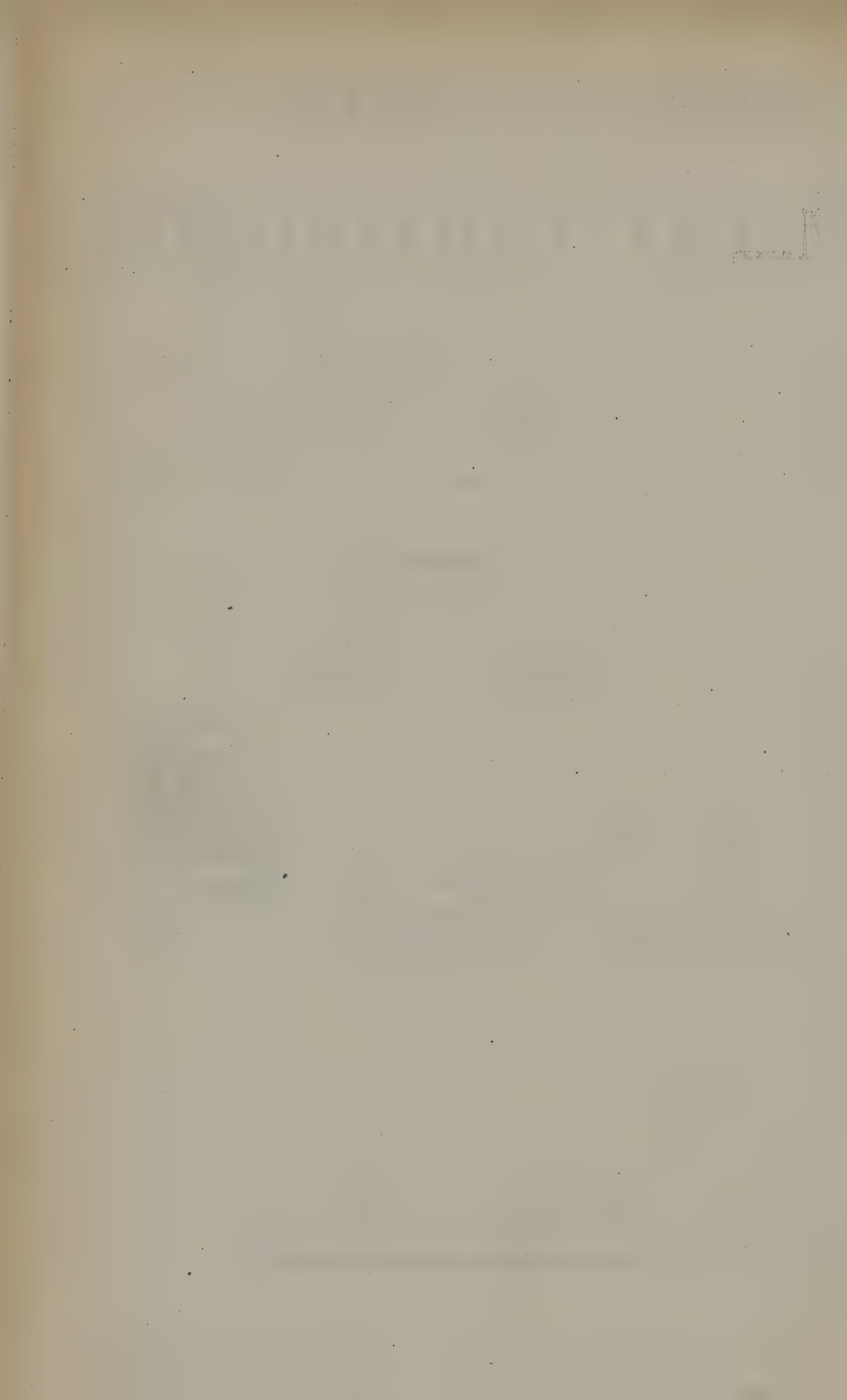


TABLE DES MATIÈRES

104e ANNÉE - TOME II

JUIN-DÉCEMBRE 1946

MÉMOIRES ORIGINAUX

Pages

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du lundi 27 mai 1946

Séance du lundi 24 juin 1946

Séance du lundi 8 juillet 1946

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.

XLIVe session, Genève et Lausanne (22-27 juillet 1946)

Pages

SOCIÉTÉS

Société de neurologie de Paris

Société de médecine mentale de Belgique

Société belge de neurologie

Société suisse de psychiatrie

VARIÉTÉS

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES [1]

(1) Les chiffres en caractères **gras** correspondent aux Mémoires originaux, aux Communications à la *Société médico-psychologique* et aux Rapports du *Congrès des aliénistes et neurologistes.*

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

Q

T

TABLE ALPHABÉTIQUE DES NOMS D'AUTEURS [1]

A

(1) Les chiffres en caractères **gras** correspondent aux MÉMOIRES ORIGINAUX, aux COMMUNICATIONS à la *Société médico-psychologique* et aux RAPPORTS du *Congrès des aliénistes neurologistes*.

C

D

E

F

G

H

J

K

L

M

N

O

P

T

V

W

Z

Tome II. — N° 1 Juin 1946

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

LE SYMBOLE EN PSYCHIATRIE

PAR

J. BURSTIN

Introduction

Les constructions nosographiques de la psychiatrie diffèrent profondément de celles des autres branches de la médecine. En effet, la clinique médicale ordonne ses faits autour de la notion étiologique. Une maladie est par définition même un ensemble de symptômes, ensemble, à des variantes près, toujours semblable à lui-même, expression d'une cause pathogène spécifique. La pychiatrie ignore, à part quelques exceptions, des constructions de cette nature. La cause précise de différents troubles morbides reste la plupart du temps ignorée et dans les rares cas où elle se révèle, elle peut se traduire par des ensembles symptomatiques fort divers qui, par conséquent, n'ont rien de spécifique. Le réciproque d'ailleurs est aussi vrai : des causes n'ayant rien de commun entre elles peuvent donner lieu à des tableaux psychopathiques identiques. Par la force des choses, la psychiatrie est obligée de reléguer à l'arrière-plan la notion étiologique et de baser tout le poids de ses constructions nosographiques sur les



manifestations morbides elles-mêmes. Les faits sont ordonnés en tableaux suivant leurs divers aspects mais nullement par rapport au facteur étiologique. Il sera faux d'appliquer l'étiquette des maladies à des entités de ce genre, tout au plus peut-on les nommer de syndromes en les rapprochant aux contructions similaires de la médecine générale. Toutefois, en prenant en considération leur nature, leur mode d'organisation et leurs caractéristiques essentielles, la dénomination de structure psychopathique, terme qui est d'ailleurs suffisamment entré dans les mœurs, nous semble de beaucoup plus adéquate.

L'immense majorité des faits de la clinique psychiatrique sont groupés en des structures psychopathiques. Les choses étant ce qu'elles sont, il semblerait en toute logique que la première tâche qui s'impose est d'étudier minutieusement les composantes de ces ensembles. C'est une condition préalable de tout succès ultérieur d'en examiner la nature, leur mode d'agencement, etc. Il n'y a pas de médecine sans une séméiologie préalable. Il ne peut pas y avoir non plus une psychiatrie sans une phénoménologie précise. Pourtant, il faut bien avouer que, dans ce domaine, il reste encore énormément à faire. Plusieurs chapitres déjà écrits sont soit à compléter, soit à réviser ou même complètement à récrire, d'autres attendent encore à être écrits.

Cette étude s'inspire de ces considérations. Elle se propose d'apporter une contribution à la connaissance d'un fait sur lequel il a été beaucoup dit en psychiatrie, mais presque toujours d'un point de vue génétique et rarement d'un point de vue phénoménologique. Rien d'étonnant si en fin de compte nous n'avons pas de grandes clartés sur sa nature. Ceci a été d'ailleurs facile à prévoir. Vouloir faire la génétique avant la phénoménologie, c'est se lancer, pour prendre un exemple, dans l'étude de la physiologie d'un organe sans en connaître la structure anatomo-histologique. Pas mal d'aberrations en psychiatrie ont ici leur source. Une phénoménologie exacte et précise doit précéder tout essai de génétique. En procédant autrement, on s'expose fatalement à laisser échapper une foule des traits marquants, à comprendre mal le rôle des autres et à donner finalement une fausse représentation de l'ensemble. Telle a été, dans le cas particulier qui nous intéresse ici, l'aventure qui est arrivée à l'Ecole psychanalytique.

Nous nous proposons donc de donner ici une étude phénoménologique du symbole et rien que cela. Nous l'étudierons en lui-même et par lui-même et en aucun moment il ne sera question

des mobiles et des tendances qui l'engendrent et qu'il traduit. Notre étude sera donc à l'opposé du point de vue auquel se place l'Ecole psychanalytique. Ainsi vont être examinés successivement l'origine du symbole, sa structure, le mécanisme de son élaboration et enfin le rôle qui est le sien dans l'ensemble de la vie mentale.

L'intérêt d'une telle étude, après ce que nous venons de dire pour la psychopathologie, est évident. Tout en étant moins visible, il n'est pas moins certain pour la clinique. Tout l'édifice de la clinique psychiatrique est basé sur la notion du « courant de la pensée ». Ce sont les différents aspects, les différentes modalités de déroulement de la pensée qui sont les éléments essentiels de presque tous les tableaux nosographiques (manie, confusion mentale, schizophrénie, etc...). Or, il est impossible d'entreprendre une phénoménologie du courant de la pensée morbide sans donner obligatoirement une solution préalable aux divers problèmes que soulève le symbole. L'étude de celui-ci est ainsi un préambule indispensable à l'étude phénoménologique du courant de la pensée psychopathique. Nous considérons ce mémoire comme l'introduction à l'étude du courant de la pensée qui va lui faire suite. Tous les deux se rattachent d'ailleurs assez étroitement à un travail paru ici même (1). Cet ouvrage étant un un exposé général n'a pu traiter que d'une façon très succincte et partiellement des problèmes qui, par leur importance, méritent un développement beaucoup plus détaillé.

La méthode dont s'inspire cet exposé est celle de la psychologie comparée. Il est impossible d'aborder l'étude du symbole en pathologie mentale sans se faire une conception préalable du symbole en général. D'ailleurs, l'étude comparée des deux, on le verra par la suite, facilitera la compréhension de l'un par l'autre en faisant jaillir la lumière sur les points essentiels. Cette assertion implique qu'il n'y a aucune hétérogénéité essentielle entre le symbole normal et le symbole pathologique. C'est là notre hypothèse de départ. Nous sommes persuadé que les pages qui vont suivre lui fourniront une ample justification.

Le plan de ce travail se trouve ainsi déterminé d'avance. Dans une première partie, il sera question du symbole en général. A la lumière des résultats ainsi obtenus, nous aborderons, dans un second mémoire, l'étude du symbole en psychopathologie. Il est

(1) J. Burstin. — Pensée affective et psycho-pathologie. *Ann. méd.-psych.*, octobre, novembre, décembre 1939.

possible qu'à certains cette première partie paraisse trop longue dans ses développements. Mais, telle qu'elle est, elle a été écrite sans perdre de vue un seul instant le symbole pathologique dont elle permettra d'élucider les divers aspects.

Nous nous dispenserons de faire l'historique de la question. Les différentes théories émises à son sujet ne seront pas discutées d'une manière systématique. Nous ne le ferons que d'une façon très restreinte, dans la mesure où cela permettra de donner plus de relief et par cela même de rendre plus compréhensible la conception qui va être exposée. Pour cette raison, et parce qu'il résume les idées actuelles sur le symbole, il sera fait une place à part au travail du professeur Georges Dumas, paru dans le « Nouveau Traité de psychologie ».

I. Le Symbole en psychologie normale

Les définitions qui ont été données du symbole sont aussi multiples que variées. Les limites du domaine du symbole sont très floues, elles se perdent par des transitions presque insensibles dans des faits mentaux d'un ordre différent. Ceci montre dans ce cas, plus encore qu'ailleurs, l'importance d'une définition serrant d'aussi près que possible les données et les saisissant dans toute leur originalité. Pour remplir ces conditions, la définition ne doit être ni trop générale (elle risque dans ce cas de dissoudre dans le vague les traits caractéristiques des faits), ni trop étroite (certains éléments liminaires, et souvent des plus importants, se trouvent alors éliminés du champ d'investigation, ce qui ne facilite guère la compréhension des autres). Chose plus grave on est ainsi amené à voir le tout dans ce qui n'est qu'une variété ou un sous-groupe et à se faire une conception de l'ensemble sur les caractères d'une partie.

La plupart des définitions pêchent par l'un ou l'autre défaut. D'après Littré, le symbole « est une figure, une image employée comme signe d'une chose ». Cette définition est manifestement trop large puisque, pratiquement, elle revient à assimiler le symbole au signe. Or, si le symbole est fondé sur l'analogie, le signe, lui, est arbitraire. Il l'est au moins sur le plan de la pensée conceptuelle. Ce n'est nullement le cas du signe sur le plan de la pensée intérieure de chacun de nous et ce n'était nullement son cas dans le passé de la langue, où, comme l'ont souligné les lin-

guistes, la relation entre le signifié et le signifiant n'avait rien d'arbitraire. La plupart de nos signes actuels avaient à leur origine tous les attributs du symbole. C'est précisément au cours de son évolution que le symbole en se dépouillant de ses attributs se transforme en un signe et alimente ainsi la langue par un apport continuel. Néanmoins, la distinction entre le signe et le symbole s'impose. Elle permet de mieux circonscrire le domaine propre du symbole et de le faire ainsi apparaître dans toute son originalité, quitte à y apporter certaines restrictions, à savoir qu'il n'existe aucune limite stricte entre le symbole et le signe et que l'on passe par des transitions de l'un à l'autre.

On peut faire le même reproche à la définition de Ferrero qui a eu le mérite d'étudier un des premiers le problème du symbole d'une manière systématique. Pour lui, le symbole est un signe dont la fonction est en dernière analyse de « provoquer la naissance de certains états de conscience ». Ceci peut s'appliquer aussi bien au symbole qu'à une foule de manifestations absolument différentes. Chaque phrase, chaque mot que nous adressons à un interlocuteur ont en dernière analyse pour but de provoquer chez celui-ci « un état de conscience particulier », pourtant nous ne les appellerons pas pour cela symboliques.

Une autre catégorie de définitions (nous avons là en vue celles plus ou moins inspirées par l'Ecole psychanalytique) pèche manifestement par un excès contraire. Là, un terme général est détourné de sa signification habituelle pour s'appliquer à un cas particulier. Ce rétrécissement de sens ne manque pas d'être fâcheux rien que par les malentendus qu'il est capable de provoquer. Pour Freud et son Ecole, le symbole est en premier lieu une expression substitutive destinée à faire passer dans la conscience, sous une forme camouflée, certains contenus qui, à cause de la censure, ne peuvent y pénétrer. Il est indéniable que le symbole est une représentation substitutive, mais tous les symboles ne remplissent pas pour cela la fonction que leur assigne l'Ecole psychanalytique. Le symbolisme ne constitue pas toujours, loin de là, un moyen d'expression à l'usage exclusif des idées et des sentiments refoulés. Tel n'est pas le cas de la métaphore, pour ne citer qu'un exemple entre une multitude qui, quoi qu'en pense l'Ecole psychanalytique, est un symbole des plus authentiques. Si l'on regarde de plus près cette définition, on ne manque pas de se rendre compte qu'elle découle d'un parti pris qui consiste à mettre sur le premier plan le contenu lui-même et même un contenu très spécial, et non ce qui est à nos yeux

essentiel, la forme sous laquelle le contenu est présenté. Le terme de symbole n'est même pas réservé à tous les contenus du subconscient qui, grâce à une figuration appropriée, trouvent le moyen de faire irruption dans la conscience. Freud, à propos du rêve, distingue deux sortes de cas : dans les premiers, le contenu s'exprime à l'aide d'une figuration qui a une signification fixe, collective, et qui est indépendante des facteurs individuels. Dans d'autres cas, au contraire, la figuration symbolique qui traduit le contenu subconscient varie d'un sujet à l'autre et lui est personnelle. C'est seulement aux premiers cas que Freud réserve le terme de symbole. Dans le second cas, il s'agit de « dramatisation ». Tout cela est suffisamment connu pour que nous nous dispensions d'un plus ample développement. D'ailleurs, nous aurons l'occasion d'y revenir par la suite. Mais il importe de poser dès maintenant qu'il n'y a aucune différence dans la forme, ni dans leur mode d'élaboration entre la symbolisation et la dramatisation. S'il y a une différence entre elles, cette différence réside dans la nature des matériaux dont se sert le symbole dans ces deux cas. Mais Freud, répétons-le, ne prenant en considération que le contenu du symbole, devait fatalement commettre une telle erreur.

La définition que nous allons examiner en dernier lieu, présente, mais pour des raisons différentes, le même défaut que celle de l'Ecole psychanalytique : elle est trop étroite pour son objet. Comme le professeur Georges Dumas l'a faite sienne dans un important travail auquel nous aurons encore à revenir à plusieurs reprises (1), nous l'analyserons d'une manière un peu plus détaillée. D'après le dictionnaire d'Hatzfeld, Darmesteter et Thomas, est symbole « un objet sensible, considéré comme signe d'une chose qui ne tombe sous les sens, en vertu d'une analogie dont l'imagination a été frappée ». Par exemple, une rose entourée d'épines est le symbole d'un bonheur qui ne va pas sans mélange. Cette définition est, à notre avis, manifestement trop étroite. En effet, comme le souligne M. Georges Dumas, elle impose au symbole deux conditions : 1° il doit traduire une chose qui ne tombe pas sous les sens ; 2° cette traduction doit être fondée sur l'analogie. La logique de cette définition exige de refuser à l'image le nom de symbole, parce que ne remplissant pas la première condition, lorsque celle-ci reproduit une réalité concrète comme elle, ou quand elle se fonde sur l'analogie de deux réali-

(1) Georges Dumas. — La symbolisation. *Nouveau Traité de Psychologie*, t. 4.

tés également concrètes. Ne seront symboliques, la seconde condition n'étant pas remplie, les signes d'origine sociale tels que la croix, le drapeau, les emblèmes et même les images dans le genre de la colombe portant un rameau d'olivier dans le bec, symbole de la paix. On peut dire la même chose au sujet des créations que chacun de nous forme au cours de son existence et qui désignent des moments particulièrement importants de notre existence. Dans tous ces cas, le lien qui rattache le signe au contenu n'est pas basé sur l'analogie. M. Dumas appelle les créations de ce genre des pseudo-symboles. On s'aperçoit dès le premier abord que si l'on voulait appliquer cette définition dans toute sa rigueur, une très grande partie des formes symboliques que l'on rencontre en psychopathologie se verraient refuser le caractère de symbole.

Les points faibles de cette définition nous semblent être évidents. Par la limite qu'elle trace entre le symbole et le pseudo-symbole, elle morcelle un domaine dont nous sentons intuitivement la profonde unité. Certaines images traduisent des états concrets, mais n'en sont pas moins des symboles. L'élimination de ces formes marginales rend impossible la compréhension de la véritable nature du symbole.

Il y a plus, cette définition en établissant une distinction entre les deux plans abstrait-concret, introduit des limites factices entre les faits et masque ainsi le véritable problème qui se pose au sujet du symbole et qui se trouve ailleurs.

Sous la réserve de le démontrer par la suite, nous soutenons que toutes ces distinctions ne découlent pas de la nature des choses, mais d'une définition qui s'applique mal à son objet. Il n'y a aucune différence essentielle entre le symbole et le pseudo-symbole, une image, expression d'un état concret, peut être symbolique, et quand elle ne l'est pas, elle en est toute proche. Les abstractions ne sont qu'une vue de l'esprit et n'existent que sur le plan de la pensée conceptuelle ; sur le plan de la pensée intérieure, tout est concret. Enfin, le problème capital qui se pose au sujet du symbole est celui de la nature du lien analogique qui rattache le symbole au contenu qu'il est censé traduire. Pour la commodité de l'expression, et par analogie avec la terminologie des linguistes, nous désignerons le contenu par le symbolisé et le signe qui lui sert comme substitut par le symbolisant.

Les considérations précédentes nous semblent justifier le choix que nous avons fait en adoptant la définition du Dictionnaire de Lalande (sens A) : Est symbole « ce qui représente autre chose

en vertu d'une correspondance analogique ». Cette définition possède plusieurs mérites. Elle ne préjuge en rien de la nature du lien analogique, elle ne morcelle pas par des distinctions artificielles le domaine du symbole, elle respecte l'unité profonde de celui-ci. Elle est suffisamment large pour englober les formes liminaires qui seules permettent de comprendre le mécanisme du symbole, mais elle est suffisamment précise pour en séparer le signe proprement dit. Enfin, elle pose au premier plan et dans toute son ampleur le problème capital du symbole, celui de la nature du rapport qui unit le symbolisé au symbolisant dont nous ferons le point central de notre travail.

Notons à titre de curiosité que nous avons trouvé dans la bouche d'une malade de Claude et Borel (1) une définition qui, si elle pèche par la forme, a le mérite non négligeable de mettre l'accent sur des points cruciaux du problème. Cette malade déclare qu'un symbole « est un mot qui fait penser », et c'est « dire en un seul mot plusieurs autres choses ».

Le symbole ainsi défini, la question qui vient immédiatement à l'esprit est de quelle nature sont les analogies qui unissent le symbolisé au symbolisant. M. Georges Dumas s'explique très longuement là-dessus. Cette explication forme l'ossature de son travail. Elle résume les idées actuelles sur le symbole si l'on fait abstraction de l'Ecole psychanalytique. L'exposé systématique de ce travail n'entre pas dans le cadre tracé à ce mémoire. Nous pouvons nous limiter, sans inconvénient et sans crainte de déformer l'essentiel des conceptions de l'auteur, à l'analyse du cas le plus simple, celui du symbolisme dit sensoriel. Sous ce nom, M. Georges Dumas décrit le cas où le contenu et l'expression qui le traduit, autrement dit le symbolisé et le symbolisant, sont tous deux de nature sensorielle. Telles sont par exemple les expressions dans le genre voix blanche, son aigre, couleur criarde, etc... On s'aperçoit que chacun des deux termes de ces expressions appartient à un domaine sensoriel différent et c'est parce qu'elles réalisent cette condition qu'elles sont des symboles. Par contre, l'auteur refuse le caractère de symbole aux expressions telles qu'une saveur farineuse, etc... parce que, là, il ne s'agit que d'une désignation d'un ensemble par l'un des éléments qui le composent. Le symbolisme sensoriel ne commence que quand les deux séries de sensations relèvent de sens différents. On voit qu'on retrouve ici

(1) Claude et Borel. — Evolution délirante d'un symbolisme préalablement adapté chez une schizoïde constitutionnelle. *Ann. méd.-psych.*, 1923, page 409.

sous une forme particulière la condition qui veut que le symbole se situe toujours sur deux plans. On peut résumer ainsi très schématiquement les conclusions de l'auteur dans le cas du symbolisme sensoriel (mais elles sont aussi valables dans leurs grandes lignes pour les autres sortes de symbole).

1° Les analogies entre le symbolisé et le symbolisant ne découlent pas d'une ressemblance dans les choses mais d'une ressemblance dans leurs rapports. En effet, les deux sensations ou les deux séries de sensations ne peuvent pas être prises dans leur sens concret, elles sont hétérogènes. L'analogie apparaîtra dans la mesure où l'on négligera leur contenu spécifique pour les envisager sous la forme d'un aspect, d'un rapport qui seul peut permettre à « l'analogie d'apparaître et de jouer son rôle ».

« Si la perception de l'aigre ne contenait que l'aigreur, jamais nous n'aurions pu parler de son aigre, mais dans les sons que nous qualifions d'aigres, nous percevons quelque chose de perçant et de désagréable qui n'est pas sans analogie avec le caractère perçant, désagréable de certaines saveurs que nous qualifions d'aigres. »

« La voix pure est une voix qui ne rencontre pas d'obstacle dans son émission ; nous la jugeons comparable à ces saveurs où rien ne traduit dans le corps qui les provoque, la présence d'un corps étranger, à ces lumières que rien n'altère, à ces couleurs sans mélange que nous qualifions également de pures. C'est une analogie de structure qui nous permet de parler de pureté à propos de sensations si différentes, en négligeant leur contenu. » (Georges Dumas).



2° Donc la langue ne peut utiliser dans ces transpositions ces « épithètes sensorielles » qu'en les vidant de leur contenu particulier et ne gardant que des formes vides : des qualités formelles. Celles-ci ont leur origine dans les sensations de la vue, de l'ouïe, du tact, de l'odorat, de la sensibilité kinesthésique, etc... Quant à leur caractère, on peut les ramener, soit à la géométrie, soit à la mécanique. L'ampleur, le volume, l'acuité, la lourdeur, la légèreté, la subtilité, la gracilité, la dureté, la souplesse, la profondeur interviennent pour qualifier des sensations du goût, de la vue, de l'ouïe, de l'odorat et pour les exprimer dans une langue de surface, de lignes, de profondeur, de volume, des forces, du mouvement. Nous disons voix graves, souple, légère, saveur volumineuse, voix ample, etc...

3° Grâce à ces « formes vides », de qualitative qu'elle a été, la sensation s'exprime dorénavant en termes de qualité. C'est là « la fonction utile et pratique du symbolisme sensoriel de faire

cette traduction pour la commodité de l'expression, pour la facilité des comparaisons et, d'une façon générale, pour l'objectivité et la précision du langage ».

4° Le symbole paraît ainsi une lente conquête du mental par des formes vides, conquête dictée par des nécessités sociales d'expression.

Nous n'examinerons pas ces assertions point par point, ne faisant qu'un travail sur le symbole en psychopathologie et secondairement seulement sur le symbole normal. Toutefois, en lisant ces lignes, on ne peut pas s'empêcher d'un léger étonnement. Le symbole paraît relever d'une opération mentale bien compliquée, bien abstraite, qui le rapproche singulièrement de la pensée rationnelle. Pourtant, à première vue, le symbole semble plutôt se rattacher à des processus mentaux spontanés, intuitifs, où les opérations intellectuelles conscientes sont pour très peu. Cette impression trouve en sa faveur un argument de poids dans le fait que le temps de l'apogée du symbolisme ne fut pas précisément celui de la pensée rationnelle. « Il (le symbole), écrit Ribot, apparaît dès l'origine de l'humanité ; ce fut même son âge d'or. » Ce ne fut pas précisément l'âge d'or de la pensée rationnelle et les choses telles que « l'objectivité et la précision du langage » étaient alors les moindres soucis. D'ailleurs, est-il sûr que ce sont bien là les fonctions du symbole ? L'essence de celui-ci réside-t-il dans ces « formes vides » ? On s'expliquera alors difficilement le caractère éminemment émotionnel du symbole qui le rattache étroitement aux manifestations de l'affectivité. D'ailleurs, tous les symbolisants sont loin de relever de la géométrie ou de la mécanique. Pour s'en convaincre, il suffit de parcourir au hasard une poésie quelconque. Il est entendu que le langage correspond à des nécessités pratiques. Le symbole, dans la mesure où il fait partie du langage, répond à ces nécessités. Ces « formes vides » sont commodes comme système d'annotations mais, à elles seules, elles ne constituent pas de symbole, pas plus que le mot ne traduit tout le contenu qu'il désigne. L'affirmer, c'est commettre la confusion entre le signe et le signifié, c'est oublier que le mot n'est qu'une simple allusion, une évocation d'un tout qui le dépasse dans tous les sens. C'est aussi oublier, comme le dit Vendryès, le caractère fiduciaire du langage, d'ignorer qu'il est une espèce de chèque. Le symbolisant tout comme n'importe quel signe verbal, n'est qu'un simple indice d'un ensemble qu'il signifie, mais ne le traduit que très partiellement. C'est de la nature spéciale de son contenu que

lui viennent les traits marquants qui font de lui un symbole. C'est bien le contenu qu'il faut étudier, et non son substitut, le symbolisant, et le problème se trouvera alors placé sur son véritable terrain. Du coup, tous ces résultats paradoxaux, ce compartimentage et ces distinctions subtiles entre des faits que tout rapproche et que presque rien ne sépare, se dissiperont d'eux-mêmes. La suite de ce travail sera une démonstration en faveur de cette manière de voir.

N'importe quel acte mental, qu'il soit d'ordre perceptif, représentatif ou de tout autre nature, implique toujours un sujet qui perçoit, qui imagine, qui pense. Sujet et objet sont absolument inséparables dans n'importe quel acte mental ; par cela même à une série d'éléments provenant de l'un se superpose une série qui est le fait de l'autre, les deux intimement mélangés. A un tel ensemble, on peut, par analyse, distinguer un pôle dirigé vers l'extérieur, vers l'objet et pour cette raison nous l'appellerons externe, et un autre, dirigé vers le dedans, vers le sujet, un pôle interne. Notre pensée rationnelle se construit en partant du pôle externe. Elle commence toujours par séparer soigneusement ce qui est dû à l'apport du sujet de ce qui revient à l'objet. Au delà de l'aspect particulier et passager elle cherche le permanent et le général : le concept. Au delà des relations qui sont la conséquence de l'activité ou de la sensibilité du sujet, elle cherche à appréhender des relations basées sur les choses et découlant de leur nature intime. A ce prix-là seulement, elle peut prétendre à traduire le monde des choses : à être objective. Mais, le même ensemble peut encore être pris par son pôle interne et alors c'est le sujet, le sujet qui éprouve, qui réagit, qui se trouve être porté au premier plan. L'ambiance apparaît telle que la fait la sensibilité de l'individu, ses manières de réagir, ses intérêts, son état d'esprit momentané ou permanent, son inclination passagère ou fixe vers l'optimisme ou vers le pessimisme. Les rapprochements qui s'ébauchent, les distinctions qui se font, les rapports qui s'établissent entre les faits ont leur source dans le sujet, ils rayonnent à partir de lui. Au monde objectif de la pensée rationnelle se superpose ainsi un autre non moins vaste, non moins complexe, le monde intérieur, le monde de la pensée affective. Autant l'un est abstrait et général, autant l'autre est par sa nature même particulier, puisqu'il s'attache précisément à épouser le sensible de chaque situation. Chaque fait mental a sa version aussi bien dans l'un que dans l'autre, parce qu'il peut être envisagé simultanément du point du vue sujet et du point de vue objet. Au système de la pensée rationnelle, avec ses

manières d'opérer, de classer et de construire, le système de la pensée affective oppose d'autres manières d'opérer, de classer, de construire, découlant d'un ensemble de lois différentes. La langue, nos langues actuelles, sont au service de la pensée rationnelle, elles sont axées comme celle-ci sur la notion chose et non sur celle de la sensibilité. Si tel est le cas actuellement, il n'en a pas toujours été ainsi.

Dans la mesure où il est possible de remonter sinon vers l'origine du langage du moins vers sa jeunesse lointaine, on ne manque pas de constater qu'il semble dédaigner aujourd'hui ce qu'il s'attachait à exprimer alors. Les langues primitives, dans la mesure où il est possible de se rendre compte de leur caractère par les indices qui sont arrivés jusqu'à chez nous, ne ressemblent guère à nos langues actuelles. Elles étaient purement descriptives et traduisent les aspects perceptifs de l'ambiance tels qu'ils se reflètent à travers l'individu qui agit, éprouve ou subit sur lui une action. Le langage manuel des primitifs, « les idéogrammes » qui servent à désigner les êtres, les objets ou les actes sont, d'après Lévy-Bruhl, presque exclusivement des descriptions motrices. « Ils reproduisent soit des attitudes, soit des mouvements familiers des êtres (quadrupèdes, oiseaux, poissons, etc...), soit des mouvements usités pour les prendre, pour se servir d'un objet, pour le fabriquer. » (Lévy-Bruhl). Tel est aussi ce langage gestuel dont M. Jousse, et à sa suite M. Morlaas, ont tenté de reconstituer les caractères essentiels. L'objet est traduit en termes d'ouïe, de vue, d'olfaction, etc... Le primitif ignore, par exemple, la notion de quadrupède, d'oiseau, et à plus forte raison celle d'animal. Il ne connaît que tel ou tel oiseau, ou quadrupède particulier, se présentant dans une telle ou telle situation précise. Dans la mesure ou au cours de l'évolution ultérieure, les formes verbales remplacent les gestes, c'est par des formes onomatopéiques ou « phono-analogiques » donc par conséquent toujours attachées à exprimer l'ambiance telle que la reflète la sensibilité. Le langage est ici tout proche de la sensation, du vécu, il en est extrait et il s'attache à en traduire les divers aspects. Le monde intérieur domine nettement le monde extérieur, le monde de la représentation objective.

Même dans un stade d'évolution plus tardif, quand le lien unissant le mot à son contenu devient plus flou, moins visible, quand le mot prend de plus en plus le caractère d'un signe conventionnel, c'est toujours le point de vue « dedans » qui prédomine.

Citons au hasard : l'algonquin fait la distinction d'un genre animé et d'un genre inanimé. Outre les animaux, se trouvent être rangés parmi les objets du genre animé : les arbres, les pierres, le soleil, la lune, les étoiles, le tonnerre, la neige, la glace, le blé, le pain, le tabac, le traîneau, le briquet, etc... Dans le langage de Massai, peuple de l'Est Africain, il y a un genre pour ce qui est grand et fort et un autre pour ce qui est petit et faible (VENDRYÈS).

Evidemment, il ne s'agit pas là de classifications qui, comme les nôtres, sont basées sur la nature objective des choses. Au contraire, au premier abord on ne manque pas de s'apercevoir qu'elle sont axées sur le sujet. C'est lui qui se reflète à travers elles, ses modes d'éprouver, ses intérêts, etc... Même les langues qui, comme nos langues européennes, ont complètement changé de nature à un certain moment de leur évolution, ont gardé d'importants résidus de leur première manière.

Dans les différentes langues indo-européennes (sanscrit, grec, latin, langues slaves, etc...), l'eau, le feu, le soleil, la lune, la nuit sont exprimés dans le genre animé (masculin ou féminin). Le « ciel », d'où vient la pluie fécondante, est du masculin ; la « terre », qui est fécondée, est du féminin ; le « pied » est du masculin ; la « main » « qui reçoit », est du féminin (MEILLET).

D'une manière générale, l'indo-européen, les langues sémitiques, en opposition au français, se préoccupaient beaucoup moins de marquer le temps de l'action que sa durée ou les modalités suivant lesquelles elle s'effectue. Ainsi, par exemple, « il n'y a, en sémitique commun, aucun moyen pour distinguer les différents temps d'un verbe ; on y trouve, en revanche, une étonnante variété des moyens pour traduire des relations verbales subjectives », telles que le causatif, le justif, le réciproque, le réflectif (VENDRYÈS).

Notre langage a cessé d'être descriptif, attaché à traduire les aspects perceptifs tels que les fait apparaître la sensibilité. Il a effectué un changement d'orientation qui équivaut à une véritable révolution. Au lieu d'être axé sujet, il est désormais axé chose ; au monde intérieur s'est substitué le monde extérieur. Du coup, le vécu, du premier plan qu'il occupait, s'est vu refouler dans l'ombre ou même complètement évincé. L'âme, comme l'a écrit M. Morlaas, est devenue plus secrète. La langue nous renseigne sur un système des relations objectives, elle « s'est algébralisée » (Jousse). Elle ne révèle désormais plus ce qui se passe dans le for intérieur du sujet.

Si le point de vue « dedans » a été évincé de nos langues, il

continue néanmoins de garder intégralement son empire sur le plan de notre pensée intérieure. Celle-ci est notre pensée spontanée, elle organise toujours ses contenus en des ensembles qui réflètent tous les traits caractéristiques du monde du sensible et du vécu. Le caractère hyperconceptuel de nos langues actuelles peut masquer cet état des choses. Pour voir les faits tels qu'ils sont, il faut aller au-delà du mot, au-delà de la formule verbale, au contenu sous-jacent dont ils ne sont qu'un simple substitut, qu'ils désignent mais qu'ils ne traduisent guère. Il faut s'adresser à la pensée en train de devenir et non à celle déjà figée dans les moules du discours. On est plutôt embarrassé par le choix des exemples qui s'offrent pour étayer cette affirmation, tellement ils sont nombreux. Parmi les plus démonstratifs sont indubitablement ceux que nous offre l'étymologie.

Un mot comme « dehors », qui, au premier abord, paraît ne se distinguer par rien de particulier, reflète, si l'on veut aller du signifiant au signifié, un contenu complexe et touffu qui jette une vive lumière sur l'organisation domestique et sociale d'une époque lointaine. Ce mot provient, en plusieurs langues indo-européennes, entre autres en latin et en grec, du nom de la porte. M. Meillet, à qui nous empruntons cet exemple, l'accompagne de l'explication suivante : simultanément avec l'expression précédente on disait encore pour dire dehors « aux champs », c'est-à-dire hors de la maison. Ces expressions avaient cours dans chacune des grandes familles qui étaient l'unité sociale par excellence, on y opposait l'enclos familial, le dvor slave, à tout ce qui était au dehors, notamment aux champs.

On s'aperçoit facilement à la lumière de ce simple exemple combien d'expériences, de sentiments se trouvent condensés dans un simple mot.

Les langues qui ont évolué dans une direction différente que les nôtres fournissent un témoignage de même nature. En chinois, la pensée intérieure arrive à se manifester sur le plan du discours à cause de moindre degré d'abstraction de cette langue par rapport aux nôtres.

En chinois, le mot n'a rien d'un signe servant à noter un concept. « Il évoque, en faisant d'abord apparaître la plus active d'entre elles, un complexe indéfini d'images particulières ». Ainsi, par exemple, il n'existe pas en chinois un mot équivalent à notre concept « vieillard ». Il n'y a que des expressions « qui peignent différents aspects de la vieillesse : l'aspect de ceux qui déjà ont besoin d'une alimenta-

tion plus riche, l'aspect de ceux dont la respiration est suffocante, etc... ». Ces évocations entraînent dans leur sillage d'autres images aussi concrètes qu'elles, par exemple, l'image de ceux qu'on doit exempter du service militaire, l'image de ceux qui ont droit de porter un bâton en pleine rue, etc... (GRANET).

Le conceptualisme de nos langues ne joue pas ou ne le fait que partiellement, aussi le contenu, cette multitude sous-jacente à chaque notion, n'est pas aussi complètement évincé et trouve le moyen de passer, du moins partiellement, dans le discours. Il va de soi que là où l'abstraction conceptuelle est à peine ébauchée, la pensée intérieure se manifeste presque dans sa pureté intégrale. Tous les exemples cités à propos du caractère des langues anciennes, sur les pages qui précèdent, confirment cette façon de voir. Voici d'ailleurs un cas extrême :

Un Boschiman exprime dans sa langue l'idée : « Le Boschiman a été tout d'abord accueilli amicalement par le blanc qui voudrait lui faire paître ses moutons. » (Nous avons abrégé en partie cet exemple trop long).

« Boschiman — là — aller, ici — courir — vers blanc, blanc donner — tabac, Boschiman aller fumer, aller remplir — tabac sac, blanc — donner — viande, Boschiman, Boschiman aller manger — viande, se lever — aller maison, aller gai, aller — asseoir, faire paître — mouton blanc, blanc — aller frapper — Boschiman, Boschiman — crier fort — douleur, Boschiman aller — courir loin blanc, blanc — courir après Boschiman, etc... » (WUNDT cité par KRETSCHMER).

Kretschmer souligne avec raison à propos de cet exemple « la quantité d'images isolées qui sont comprimées dans une expression de notre langage qui est loin d'être abstraite, telle qu'être accueilli amicalement ».

Nous organisons notre univers mental en des structures de cette nature, nous pensons avec des entités constituées suivant un tel modèle. Pour ce qui est de la primauté de la pensée affective ou de la pensée rationnelle, c'est la seconde qui dérive de la première, grâce à une élaboration secondaire, sans laquelle elle est inconcevable. Les abstractions, les termes généraux n'existent que sur le plan de la pensée discursive. Comme le dit excellemment Vendryès, « ils (les termes généraux) ne sont presque jamais employés, sauf peut-être par les philosophes, avec leur valeur générale, chacun les rapporte à un genre d'activité parti-

culière ». Silberer, élève dissident de Freud, a fourni une démonstration particulièrement suggestive de cette assertion.

De ce qui précède, il résulte qu'il n'y a rien de moins précis, de plus fluide que le sens d'un mot. Celui-ci englobe dans une unité structurale des faits multiples et hétéroclites, dont la nature varie d'un sujet à l'autre. En effet, ils dépendent des habitudes, du métier, du degré d'instruction, des expériences, des aspirations, des réussites ou des échecs de chaque individu. Le domaine du mot est plus ou moins vaste et l'on peut le désigner par le nom de « sphère » en se servant d'un terme de Schilder. Cette expression a l'avantage de présenter l'ensemble des faits qu'englobe le mot, comme disposés en des couches concentriques, et dont le centre est formé par le sens habituel du mot, tel qu'on le trouve dans le dictionnaire. Le même mot n'évoque jamais un contenu identique pour deux personnes, les sphères varient d'une personne à l'autre. Nous ignorons donc chaque fois les nuances particulières que prend le mot dans la bouche de notre interlocuteur ou sous sa plume. Nous ne nous comprenons que très imparfaitement et par des à peu près. « Un mot, avant de représenter un objet, une abstraction définie, une réalité objective quelconque, représente l'état d'esprit de celui qui s'en sert et doit être compris comme tel, toutes réserves faites sur les critiques que peut soulever son emploi dans un tel ou tel sens. » (Paulhan).

Le monde subjectif du sensible et du vécu, qui est la condition et le substratum du monde objectif, ne peut se manifester dans le langage quotidien que par des moyens détournés. L'intonation, l'inflexion de la voix, la rapidité plus ou moins grande du débit verbal, la mimique, le geste qui l'accompagne font entrevoir partiellement ce qui se passe dans l'âme de notre interlocuteur. Mais c'est encore par le choix des mots et par la place qu'il leur assigne dans la phrase, que le monde du subjectif trouve un des moyens les plus importants de se manifester. Les mots sont choisis suivant les nuances particulières du vécu qui s'attachent à eux, et ils sont groupés dans un ordre qui découle de l'importance subjective qui est attribuée à chacun d'eux. Il s'ensuit que cet ordre ne cadre pas toujours avec celui de la logique, ni avec celui de la grammaire. Pour s'en convaincre, il suffit de comparer, comme le souligne Vendryès, la langue écrite et la langue parlée.

Tous ces moyens ne sont en somme que secondaires. Le monde du sensible a à sa disposition un système d'annotations directes

qui, tout comme le système de la pensée pragmatique vise au concept, à la représentation objective, qui tend à la traduction des aspects perceptuels de l'ambiance, ou plus exactement à la traduction des réactions émotionnelles engendrées par la perception. Ce système est à l'origine du symbole et son domaine est celui du vécu.

La pensée affective construit son univers tel que le fait apparaître la sensibilité du sujet qui éprouve. Sensibilité et affectivité se confondent. La distinction entre ces deux-là n'est qu'une simple abstraction dictée par des nécessités logiques et méthodologiques. Qui dit sentir dit par là-même sentir d'une certaine manière, toute sensation implique toujours une réaction de la part du sujet qui éprouve. Ces deux termes ne font que traduire deux perspectives possibles pour un seul et même fait, suivant que l'on met l'accent sur la matière sensible elle-même ou qu'on l'envisage en tenant compte de la réaction du sujet qui éprouve.

A l'étage inférieur, au niveau des sens, le travail d'élaboration de la pensée affective consiste dans la construction des formes qui tendent à l'expression aussi fidèle que possible de la matière sensible dans toute sa diversité. En premier lieu, il y aura donc des ensembles sensibles dont la structure est déterminée par la nature même de l'organe récepteur. Ainsi se constituent des formes sensorielles : visuelles, olfactives, auditives, etc... De ce niveau sont les expressions dans le genre : voix aigre, saveur farineuse, voix chaude, etc... Il y aura des entités relevant de la sensibilité kinesthésique. Telles sont ces structures qui s'organisent à partir des qualités comme celle de poids, de volume, de profondeur et se rattachant plus ou moins à la mécanique ou à la géométrie. D'autres encore dérivent de la sensibilité générale comme celles qui sont traduites par les expressions : être gonflé de désirs et être tenaillé par la faim. A un niveau supérieur se construisent des entités qui expriment les choses en termes de sensible et les divers aspects de celles-ci ; l'action et ses différentes modalités. N'importe quel verbe envisagé sur le plan de la pensée intérieure correspond à un ensemble sensorio-sensible très complexe organisé dans un tout. Pour le même ensemble peuvent exister des formes d'organisation secondaires traduisant les différentes variations de rapports qui peuvent survenir entre les éléments qui le composent. Les formes grammaticales spéciales, de certaines langues dont il a été question auparavant, tendent à exprimer sur le plan du discours de tels aspects secondaires, en l'occurrence les différentes étapes de l'action et les mo-

dalités de celle-ci. Quelle que soit la nature de la matière sensible ainsi élaborée, ces structures sont plus ou moins simples, plus ou moins complexes, mais ne sont jamais tout à fait simples. La plus simple, telle l'expression : voix sonore, est déjà un tout articulé de la matière sensible. Le mot qui lui sert comme substitut n'en épuise pas le contenu et par conséquent ne fait que le signifier.

La pensée affective arrive ainsi à organiser dans des synthèses de plus en plus vastes des tranches entières du réel en des constructions dans lesquelles le sujet et l'objet, le monde extérieur et le monde intérieur sont étroitement fusionnés. Des expressions telles que couleurs savoureuses, nauséabondes, désignent des contenus dans lesquels se sont fondues des impressions telles que l'aspect de certaines substances ou de certaines formes, leur couleur, la manière dont celle-ci nous a affecté. Les expressions comme couleurs gaies, chaudes, désignent un contenu encore plus vaste dans lequel on peut distinguer des sensations que donnent un soleil resplendissant, le printemps, l'azur du ciel, une végétation fraîchement éclose, éclatante de lumière et de couleurs. Il ne s'agit pas là d'associations subconscientes (la fleur nous fait penser à son parfum, d'où l'expression odeur blanche) comme a tenté de l'expliquer Dromard dans un article publié sous le titre : « Les transpositions sensorielles », datant de bien des années. Cette explication se ressent de l'influence des doctrines atomistiques très en vogue à l'époque. Il s'agit là d'une élaboration de la matière sensible en vertu de ses affinités affectives tout comme le fait la pensée rationnelle en s'inspirant d'autres considérations.

Pour saisir la véritable nature de ces structures, il faut toujours chercher à atteindre le signifié à travers le signifiant. C'est le caractère bien particulier de celui-là qui assure leur originalité et les différencie des constructions de la pensée rationnelle. A l'opposé de ces dernières, ces structures sont toujours concrètes, particulières, qualitatives et jamais quantitatives. Oui, elles expriment encore un langage de qualité même quand leur substitut verbal relève du vocabulaire de la géométrie et de la mécanique et ceci parce qu'elles sont toujours le fait d'un individu qui éprouve.

Nos langues, pourtant exclusivement façonnées par la pensée pragmatique, possèdent des formes verbales qui sont de véritables réceptacles des entités de la pensée affective. Ce sont celles que l'on nomme des « mots expressifs ». Les mots comme prin-

temps, crépuscule, aurore, jeunesse, horizon illimité, silence de la forêt, mort, etc..., provoquent en nous une résonance profonde en faisant surgir des ondes de plus en plus vastes de sentiments vagues, jalonnés par endroits par des images floues. Ces mots renferment dans leur contenu, dans leur sphère, une très forte proportion des entités exprimant le réel en termes du vécu. Il est à peine nécessaire de le dire encore une fois : dans ce cas comme dans tous les autres, le mot ne fait que remplir l'office du signe et c'est la nature de ce qu'il signifie qui compte seul. Pourtant, il arrive parfois que le mot est tout. Ceci se produit notamment dans le cas où il est envisagé par lui-même, quand son aspect sensible est seul pris en considération. Sa forme, sa sonorité font qu'il est capable de provoquer une résonance intérieure, indépendante plus ou moins de son sens. La matière phonétique du mot s'organise alors suivant les mêmes modalités que n'importe quelle matière sensible. On connaît les belles études de M. Grammont sur les aptitudes de différentes voyelles ou consonnes à exprimer certains sentiments. On connaît aussi l'emploi qu'a fait l'Ecole symboliste des qualités plastiques et sonores du mot pour traduire les « états intérieurs ». Kretschmer va jusqu'à dire que dans la vie ordinaire, « l'efficacité ou l'inefficacité » d'un mot parlé dépend avant tout de sa qualité sensorielle.

Au cours de son existence, chaque individu crée son monde intérieur. Il découpe et organise les apports sensibles en des entités de cette nature. Dans cette œuvre de construction, la sensibilité de chaque individu, en ce qu'elle a de particulier, fait ressortir et mettre au premier plan certains aspects de préférence aux autres. Ces aspects privilégiés sont autant de noyaux de cristallisation : ils déterminent aussi bien la direction que le contenu et la facture des formes qui se créent. Celles-ci se ressemblent donc d'un sujet à l'autre, puisque la sensibilité humaine est dans ses grandes lignes identique partout à elle-même, mais se différencient dès que l'on quitte les généralités pour s'attacher au détail. Ainsi, par exemple, le monde sensible d'un Victor Hugo, tel qu'il se révèle à travers les métaphores — figure poétique que cet auteur a particulièrement affectionnée — diffère non seulement de celui du commun des mortels, mais aussi de celui d'un Lamartine et, à plus forte raison, de celui d'un Baudelaire.

Le symbole doit son existence à ce monde du sensible et du vécu. Il y puise toute sa substance, il en est l'émanation la plus

directe. Il est l'outil grâce auquel ce monde intérieur s'extériorise et accède au plan de la représentation : il est le langage de la pensée affective. Toutes ces entités dans toute leur diversité, les plus simples aussi bien que les plus complexes, sont des symboles en puissance. Elles le deviennent quand elles assument une fonction d'expression.

Cette fonction d'expression opère suivant un mécanisme unique : deux faits, ou deux séries des faits qui sont éprouvés d'une même manière, sont rapprochés et réunis par une relation de similitude. Ils peuvent désormais, comme représentant les mêmes valeurs sensibles, s'exprimer l'un par l'autre. Aux relations objectives découlant de la nature des choses, la pensée affective oppose un système de relations basées sur des analogies subjectives, ayant leur source dans l'individu et traduisant ses manières d'éprouver, de percevoir.

Le bruit de la mer, grâce à une analogie sensible, se rapproche, dans certains cas, du gémissement d'une personne, d'où l'expression : gémissement de la mer.

Pour la même raison, Victor Hugo parlera d'une pierre qui pleure.

Un mystique (François de Sales) décrivant la communion de l'âme avec le Divin dira : « ...Il (Dieu) serre l'âme, il la presse et colle sur ses lèvres de suavité et sur ses délicieuses mamelles, etc... »

Le sentiment de haine le fera rapprocher de la sensation de froid, d'où l'expression : haine froide.

L'audition d'une symphonie de Beethoven donne à un auditeur l'impression de « vagues larges et majestueuses ». Ainsi se trouve traduit en des termes d'un autre ordre, mais émotionnellement équivalents, le rythme du mouvement musical. Parfois l'audition, toujours en vertu du même mécanisme, donne naissance à des images en rapport plus ou moins direct avec le rythme et la mélodie telles que paysages, couchers de soleil, cortèges, processions, etc...

On demande à une personne une forte augmentation de loyer. Le sujet, qui a fait dans la journée une excursion dans la vallée du Danube, fait le rêve suivant : il se voit obligé d'aller chercher, au bord du fleuve, de gros blocs de rochers, pour les apporter à son propriétaire. (Cité d'après Freud).

Tout ce processus est très spontané, très intuitif, très peu conscient. A aucun moment, il ne s'agit ni de la recherche des relations très générales « en dehors des sensations spécifiques de deux impressions », ni de la construction des formes vides. Peu importe donc si les deux séries de faits, dont l'un sert à traduire l'autre, sont l'un abstrait et l'autre concret, si elles appar-

tiennent ou n'appartiennent pas au même domaine sensoriel, tout cela est absolument secondaire. Ce qui importe, ce qui fait de ces modes d'expression des symboles, c'est en premier lieu la nature de ce qu'ils expriment et en second lieu le caractère du rapport qui les unit.

Le monde intérieur, le monde de la pensée affective, se crée ainsi un système d'annotations par lequel il désigne ses valeurs et qui se superpose point par point au système d'annotations de la pensée pragmatique. Ce système sert l'expression, mais ni la précision de la langue, ni l'objectivité de celle-ci ; il sert à exprimer le « dedans » pour lequel notre langue « algébralisée » s'est fermée. Ce système, nous le voyons à l'œuvre dans des descriptions comme celles-ci :

« La voix de l'orateur, *claire* et pénétrante et comme *glacée* au début, s'était *allumée* subitement aux étincelles invisibles que suscite en lui l'effort de l'improvisation. ...Tandis que la parole coulant sans obstacle, les auditeurs sous cette *fluidité...* » (D'ANNUNZIO, *Le Feu*, cité par G. DUMAS).

...Il est des parfums frais comme des chairs d'enfants,
Doux comme les hautbois, verts comme les prairies,
Et d'autres, corrompus, riches et triomphants,
Ayant l'expansion des choses infinies,
Comme l'ambre, le musc, le benjoin et l'encens,
Qui chantent les transports de l'esprit et des sens.

(Ch. BAUDELAIRE : *Correspondance*).

C'est encore lui qui se retrouve dans l'exemple suivant :

En 1863, Bismarck a des difficultés avec le Parlement qui rend la situation de son gouvernement très précaire. Une seule issue s'offre à lui pour en sortir : chercher une diversion dans une guerre avec l'Autriche. Ces préoccupations se sont trouvées exprimées dans un rêve qu'il a fait et où il se voit à cheval engagé sur un étroit sentier de montagne bordé d'un côté par un précipice et de l'autre par des rochers. Le sentier se rétrécit au fur et à mesure qu'il avance et il lui est impossible de mettre pied par terre faute de place. Il frappe alors avec sa cravache la muraille des rochers. Ceux-ci s'abattent alors en découvrant un vaste espace ensoleillé, couvert par des collines et des forêts rappelant la Bohême, et sur lequel évoluent des troupes prussiennes.

Dans ce rêve, Bismarck, « l'homme haut placé », se trouve sur un véritable sommet de montagne. La « chute possible » de son ministère est figurée par une chute dans un précipice. Les difficultés parle-

mentaires qui l'assaillent sont présentées par la muraille de rochers qui se dresse devant lui. La solution qui est capable de le sortir de ces difficultés est représentée par un paysage lumineux où évoluent les troupes (cité d'après KRETSCHMER).

Les exemples de figuration symbolique cités jusqu'à maintenant relèvent d'une analogie qui est due exclusivement à un rapprochement entre les éléments sensibles en présence envisagés en eux-mêmes. Nous dénommerons les symboles de cette nature symboles par l'immédiat. Dans cette catégorie, rentrent le symbolisme sensoriel, le symbolisme de certains faits psychiques et moraux et la plus grande partie de ce que Freud dénomme, par opposition à la dramatisation, par le nom de symbole. Dans tous ces cas, le symbolisant fait plus que désigner. Il traduit une partie plus ou moins grande du contenu sous-jacent. Le lien qui le rattache à celui-ci est visible dès le premier abord. Ceci n'est pas toujours le cas. Dans une catégorie de symboles beaucoup plus complexes et d'une importance primordiale pour la compréhension du symbole pathologique, les liens entre le symbolisant et le symbolisé apparaissent de plus en plus lâches et le substitut a très souvent, au moins en apparence, les caractères d'un signe. De ce fait, la partie du contenu qui se trouve être exprimée par le symbolisant est des plus réduites. Par cela même, l'analogie est loin d'apparaître à première vue et d'être aussi simple que dans les cas ci-dessus. Par opposition aux précédentes, nous appellerons ces symboles, symboles par le médiat. Nous voulons dire par là que les éléments en présence ne sont plus envisagés par eux-mêmes, ni en eux-mêmes, comme c'est le cas de la symbolisation par l'immédiat, mais par rapport aux autres faits non présents et que les relations qu'ils soutiennent avec ceux-ci expliquent le mécanisme du lien analogique.

Dans les cas relativement simples, il est parfois aisé d'expliquer la nature du lien unissant le contenu à son substitut.

Ceci s'applique notamment à l'exemple de la colombe tenant dans son bec une branche d'olivier, symbole de la paix. Il y a ici une agglutination d'une multitude d'éléments : la colombe, oiseau pacifique, sa blancheur signe de l'innocence, le souvenir biblique ou son apparition qui a été le présage de la fin de la colère de Jéhovah et ce qui s'ensuit : la cessation du déluge, le retrait des eaux, la paix. Le rameau d'olivier évoque des souvenirs champêtres, et plus particulièrement, celui de cultiver la terre, occupation éminemment pacifique.

Cette courte analyse donne un aperçu de la richesse des ensembles sensibles, sensoriels, psychiques qui se trouvent condensés dans ce tout, dont la colombe portant un rameau d'olivier dans son bec fait office de symbolisant. Les exemples de tels ensembles condensés, nous en trouvons beaucoup disséminés à grande profusion dans les écrits de F. Nietzsche.

Cet auteur parle de « gris nordique » pour désigner la mentalité des peuples qui habitent ces contrées ; il appelle l'âme du Méridional « une plénitude et une apothéose effrénée de soleil ».

Dans une autre classe de symboles par le médiat, tel le drapeau, symbole de la nation, la facture du lien analogique est beaucoup moins visible, l'ensemble désigné par le drapeau étant beaucoup plus riche, plus complexe et plus condensé que les précédents. Il est formé d'une foule d'entités disposées en couches superposées et dont chacune subsume en elle les entités sous-jacentes, tout en s'articulant avec les autres qui se trouvent au même niveau qu'elle. Devant la richesse débordant d'un tel ensemble, le symbolisant fait figure d'un signe arbitraire. Ce n'est nullement le cas. Il est toujours rattaché au contenu par une analogie subjective. La plupart du temps, il participe de l'ensemble dont il est à un degré quelconque un des éléments composants. Cet ensemble se condense pour ainsi dire en lui. Ces constructions sont donc des symboles des plus authentiques. En effet, quel que soit le degré de complexité, ce sont encore des valeurs du vécu, le monde intérieur qui s'exprime à travers elles.

A la lumière de ce qui vient d'être dit, on comprend aisément des propos comme ceux de Flaubert. Cet auteur affirme avoir vu constamment la couleur pourpre en écrivant « Salammbô », et avoir senti l'odeur de moisi lorsqu'il travaillait à la « Vieille fille ». Cette couleur propre, cette odeur de moisi sont les symbolisants qui subsument en eux des ensembles organisés extrêmement complexes. Sur des exemples de cette nature, on voit d'une manière frappante comment c'est erroné de vouloir déduire les caractéristiques du symbole en se limitant à la seule étude du symbolisant.

Le contenu manifeste du rêve pris dans son ensemble et envisagé par rapport au contenu latent est aussi un symbole par médiat. Il est construit suivant le même mécanisme que n'importe quel symbole de ce genre. Chaque élément du contenu manifeste sert comme substitut à une multitude de détails qu'il subsume en lui. Pour s'en convaincre, il suffit de comparer la

forme ramassée du rêve manifeste avec tout ce qui nous fait dégager l'analyse. Il nous est malheureusement impossible de citer un exemple. Celui-ci pour être démonstratif nécessitera plusieurs pages. D'ailleurs, ces faits sont suffisamment connus et l'on en trouvera à profusion dans les écrits de Freud et de ses élèves.

Des ensembles construits suivant de telles modalités et exprimant de telles valeurs, nous en avons rencontré à chaque pas en examinant la relation entre le signe verbal et son contenu. Nous les avons rencontrés parce qu'ils sont l'équivalent de nos idées générales et abstraites sur le plan de la pensée intérieure. Certains parmi eux peuvent être désignés par un simple signe verbal, d'autres par un des éléments de l'ensemble, très souvent par un simple élément sensible concomitant, tel un froncement de sourcil, un battement précipité du cœur, qui deviennent ainsi le symbolisant de tout un moment psychique. Très souvent, sinon le plus souvent, c'est un élément rythmique qui leur sert comme étiquette. Ceci est facilement compréhensible, le rythme exprime encore le mieux leur véritable nature : celle des structures sensorio-motrices.

Quand je m'assieds pour écrire une poésie, ce que je vois le plus souvent devant moi c'est l'élément musical « das Musikalische », du poème sur lequel, souvent, je ne suis pas d'accord avec moi-même. (Correspondance de Schiller avec Körner).

Chez moi le sentiment est toujours, au début, sans objet clair et précis, celui-ci se forme plus tard ; ce qui précède et ce qui constitue le fond de mon état d'âme, c'est un état d'âme musical et ce n'est qu'après que m'apparaît l'idée poétique. (Correspondance de Schiller et de Gœthe, cité par Delacroix).

Valéry écrit au sujet de son poème le « Cimetière marin » :

« Il est né, comme la plupart de mes poésies, de la présence inattendue en mon esprit d'un certain rythme. Je me suis étonné au matin de trouver dans ma tête des vers décasyllabiques. » (*Entretiens*, cité par Delacroix).

Nous sommes ici en présence de ce qu'on appelle des « états intérieurs ». Ces constructions, aussi varié que puisse être le signe qui leur sert comme substitut, sont encore des symboles. Toutes ces formes ne sont que l'aboutissement final, l'expression la plus achevée du processus qui est au pied de l'œuvre au niveau sensoriel. Elles n'en diffèrent que par leur degré de complexité

plus grande, par leur condensation beaucoup plus loin poussée, mais, en dernière analyse, leur organisation se ramène toujours à des éléments d'ordre qualitatif exprimant le dedans.

Telles sont les deux modalités essentielles du mécanisme de la symbolisation que l'analyse de n'importe quel témoignage de la pensée affective permet de distinguer et de mettre en lumière.

Après cette étude analytique qui a permis de dégager les éléments principaux du mécanisme de la symbolisation, il est maintenant possible de rendre compte dans une vue d'ensemble comment fonctionne ce mécanisme. Les formations hyper-condensées s'imposent tout naturellement pour cette étude. En effet, dès que ces ensembles passent sur le plan discursif, les nécessités de l'expression font qu'ils s'étalent en largeur. Ils se scindent en des parties relativement plus simples, traduites chacune par une entité appropriée du langage affectif.

Voici une traduction verbale d'un état intérieur :

On disait alors qu'il « regardait en dedans », les yeux tournés vers ce mystérieux et prodigieux Maëlstrom qu'il portait en lui, dont les flots et les remous tourbillonnants l'attiraient et l'emportaient. « Ainsi prostré et immobile d'une rigidité et d'une impénétrabilité de sphynx — et sphynx pour quiconque l'approchait — il écoutait le bruit de cette mer intérieure avec un ravissement mêlé d'un effroi, une de ces peurs d'océans qui vous empoignent en plein Atlantique sur le pont d'un brick qui gémit, craque sous la tempête, lutte, se débat contre de terribles lames de fond. »

« ...Vouant une haine tenace au mot et au geste inutile, épiant le rire et la grimace et jusqu'à la moindre contraction du visage, il voulait le Drame, le Mystère ou la Farce uniquement en profondeur et 100 0/0 en dedans... On changeait l'affiche allant du drame grinçant à la comédie-bouffe, passant du drame horrifique et compliqué à cette prodigieuse et effarante « comédie-drame », animée de je ne sais quel souffle pirandelien : cocktail, mélange obscur et diabolique, mixture savante et sournoise, à tout prendre philtre bienfaisant légèrement opiacé suffisant pour endormir l'âme des hommes.

« ...Car si la recette était nulle — on jouait, je l'ai dit, à bureaux fermés — et en l'occurrence il ne pouvait s'agir ici que d'une recette toute spirituelle riche en surprenante « monnaie d'âme », l'imagination seule en avait fait les frais (1). »

On aperçoit dans ce passage l'existence de deux motifs principaux. Le premier consiste à comparer l'agitation intérieure de

(1) Claude, Vidart et Longuet. — Le journal d'un schizoïde. *Encéphale*, 1939/2.

l'âme à un océan en tempête. Le second à un spectacle théâtral. Chacun de ces deux motifs forme une espèce de fond de tableau devant lequel surgissent des métaphores — des symboles secondaires, qui font partie de la « sphère » du motif principal et qui permettent, en l'explicitant, de rendre l'état d'âme sous ses divers aspects et avec toutes ses nuances. Tous les symboles qui se rattachent au motif « océan » rentrent dans la catégorie de la symbolisation par l'immédiat, étant dus exclusivement à une analogie sensible entre les deux séries de faits en présence. Ceux qui dérivent du second motif sont pour la plupart de même nature. Toutefois, on en trouve aussi d'autres qui sont soit des formes de passage de l'immédiat vers le médiat, soit des formes se rattachant franchement à ce dernier mécanisme. Telles sont les expressions : « on jouait à bureaux fermés », « une recette spirituelle », « monnaie d'âme », etc... Quelle que soit la catégorie dans laquelle entrent ces métaphores, on ne manque pas d'être frappé de la signification bien spéciale dans laquelle ces mots sont employés, signification si différente de celle qui est la leur ordinairement. Il est visible qu'ici les termes du langage conceptuel sont détournés de leur sens habituel, celui qui sert à la représentation objective, pour exprimer le subjectif, le dedans. Nous appellerons signification affective, en opposition avec la signification pragmatique, le sens des éléments de représentation envisagés dans leur valeur de vécu.

Les mêmes constatations ne manquent pas de ressortir avec encore plus de relief quand on étudie la manière dont s'effectue le travail du rêve (transformation du contenu latent en contenu manifeste).

Une jeune femme, mariée depuis plusieurs années, apprend qu'une de ses amies, qui a à peu près son âge, vient de se fiancer. La nuit suivante, elle rêve qu'elle se trouve au théâtre avec son mari ; une grande partie de la salle est encore vide. Le mari raconte que les jeunes fiancés en question avaient l'intention de venir au spectacle, mais ils ont dû renoncer à leur projet, ne trouvant plus que des places à 1 florin 50 les trois, qu'ils ont jugées inacceptables. L'analyse de ce rêve a permis de révéler les faits suivants : le chiffre de 1 florin 50 vient de ce que la veille la belle-sœur de la rêveuse a reçu en cadeau, de son mari, 150 florins qu'elle a dépensés en achetant un bijou. Cette somme représente exactement cent fois plus que 1 florin 50. Le chiffre trois est en relation avec l'âge des deux femmes : la fiancée est plus jeune de trois mois de la rêveuse. La salle à moitié vide est une réminiscence d'un événement passé. La jeune femme a été un jour très pressée d'aller au spectacle craignant d'être en retard. Elle trouva à

son arrivée la salle à moitié vide. Les idées latentes de ce rêve sont : « Ai-je été sotte de me marier si jeune. Quel besoin ai-je de me tant dépêcher. Je vois bien par l'exemple d'Elisa (son amie) que j'aurais toujours fini par trouver un mari, je n'avais qu'à attendre, j'en aurais trouvé un cent fois meilleur. Pour ma dot, j'aurais pu m'en acheter trois. » (Cité d'après FREUD).

Ce rêve resterait absolument incompréhensible si l'on voulait se cantonner dans la pensée rationnelle. Tout y apparaîtra disparate, hétéroclite et absolument impénétrable. Mais même une fois ce rêve expliqué, grâce à la technique de l'association libre, la manière cavalière d'opérer avec les situations, les faits : un théâtre moitié vide pour désigner un mariage trop tôt contracté, trois billets pour exprimer la possibilité de trouver trois maris pour la même dot, tout cela ne manque pas d'être ahurissant. Tout devient au contraire très clair, très compréhensible dès que l'on se pénètre de l'idée que les situations, les choses, les événements servent à exprimer des valeurs affectives. Ces événements ces situations deviennent ce que font d'eux les significations subjectives qui s'y rattachent.

On répète, et ce sont devenus des lieux communs, que le rêve ne tient aucun compte des catégories du temps et de l'espace, qu'il ne sait pas distinguer l'imaginaire du réel, qu'il fait fi de la vraisemblance, qu'il dissout en la dissociant la relation sujet-objet, etc... Quand on fait de telles constatations, on adopte implicitement le point de vue de la pensée rationnelle, pensée faite pour connaître les choses. Mais ce point de vue n'est pas celui du rêve ou, plus généralement, il n'est pas celui de la pensée affective, dont le rêve n'est qu'une des manifestations. La pensée affective ne s'assigne pas un tel but. Elle diffère de la pensée éveillée, et à plus forte raison de la pensée rationnelle, et, en conséquence, elle ne se préoccupe ni des lois de celle-ci, ni de ses façons de faire, ayant en vue des buts propres à elle. Dans le travail de traduction du contenu latent du rêve en contenu manifeste (travail du rêve dans la terminologie freudienne), il s'agit uniquement de l'expression des valeurs de vécu à l'aide des éléments de représentation pris dans leur signification affective. Autrement dit, il s'agit du processus de symbolisation opérant suivant ses deux modalités : celle de l'immédiat et celle du médiat. Ce qui guide le rêveur, c'est la valeur émotionnelle des matériaux dont il se sert, leur compatibilité ou leur incompatibilité avec les idées auxquelles ils doivent fournir un revêtement représentatif. Certains de ces éléments peuvent appartenir au

passé, les autres au présent, d'autres encore peuvent exprimer des réalités ou de simples désirs, mais toutes ces distinctions, aussi justifiées qu'elles soient au point de vue rationnel, sont ici absolument hors de saison. On se sert ici de ces éléments en tant que substituts de valeurs traduisant le dedans. Ce sont des entités de la pensée affective remplissant la même fonction que le concept pour la pensée pragmatique : ce sont des symboles. Cette façon de voir reçoit sa confirmation la plus démonstrative par l'existence des images dites complexes, si caractéristiques de certains rêves. On sait que le rêve peut extraire certains détails faisant partie de différentes situations ou événements, pour les fondre en une seule et unique création artificielle. Il peut ainsi grouper des traits appartenant à deux ou plusieurs personnes et les combiner suivant différentes manières : il peut, par exemple, en faire une figure unique, il peut accoler à une physionomie connue le nom de quelqu'un d'autre, etc... Un élément peut être artificiellement séparé du tout, dont il fait partie, uniquement du fait de la qualité ou de la signification affective qui s'attache à lui, et réuni à d'autres éléments, dans un ensemble composite, pour exprimer un contenu intérieur.

Cette façon de faire n'est nullement l'apanage exclusif du rêve. C'est un procédé de la pensée affective et c'est la raison pour laquelle on le retrouve dans le rêve comme on le retrouve dans les autres manifestations de la pensée affective. On sait, par exemple, dans le même ordre d'idées, que les primitifs eux aussi savent former ces images complexes. Rappelons sans y insister ces figures composites où s'entremêlent des traits humains et des traits animaux. Toutefois, nous ne pouvons pas résister au plaisir de citer l'exemple suivant qui, sous sa forme simple et concise, est la meilleure illustration de ce qui vient d'être dit :

Un voyageur, cité par Kretschmer, a reçu en hommage un collier, fait de poils de la queue d'un éléphant, dans lequel étaient serties une griffe de léopard et une griffe d'aigle, une dent de poisson et une dent de crocodile. Les poils et les griffes devaient le protéger à la chasse, rendre sa vue perçante dans la forêt et dans la brousse, lui donner de la force et de l'agilité ; les dents devaient le préserver de tous les dangers ayant leur source dans l'eau. »

Ce collier est comme une figuration matérielle du symbole. Chacune de ses parties est une métaphore, elle s'exprime à l'aide d'un élément de représentation pris dans sa signification affective.

Cherchant à exprimer son état d'âme, le poète est très souvent amené, dans le même esprit, à combiner des éléments appartenant à des choses ou à des ensembles différents. Il crée ainsi des rapprochements qui ne se retrouvent jamais dans la réalité et qui, comme tels, s'apparentent aux formes précédentes :

J'ai rêvé la nuit verte aux neiges éblouies,
Baisers montant aux yeux des mers avec lanternes :
La circulation des sèves inouïes
Et l'éveil jaune et bleu des phosphores chanteurs.

(Rimbaud : *Le bateau ivre*).

Vague et noyée au fond d'un brouillard hivernal
Mon âme est un manoir dont les vitres sont closes.

(Albert Samain : *Au jardin de l'Infante*).

Ces métaphores traduisent un rapprochement dû à une analogie, dont la source se trouve dans le sujet. Les ensembles hyper-condensés et complexes, dont il a été question plus haut, s'étalent ainsi et se traduisent à l'aide des éléments de représentation pris dans leur signification affective. Il va de soi que des faits regardés comme hétérogènes du point de vue de la pensée pragmatique peuvent être envisagés comme équivalents par la pensée affective. Ceci explique la constatation faite par Freud que tous les rêves d'une même nuit, aussi différent que puisse être leur contenu manifeste, se ramènent à un seul cycle de pensées. Il s'agit de plusieurs versions d'un même thème exprimé à l'aide des symboles qui diffèrent par leur signification conceptuelle, mais qui sont identiques par leur signification affective. C'est encore ce fait qu'a eu en vue Flaubert quand il disait : « L'histoire, l'aventure d'un roman, ça m'est bien égal ; j'ai la pensée, quand je fais un roman, de rendre une coloration, une nuance. »

En examinant le processus d'expression symbolique dans le cas de la création artistique, nous serions arrivés exactement au même résultat que pour le rêve. Nous n'en avons parlé qu'à un seul titre et notamment à propos d'images composites, et cela pour montrer jusqu'à quel point le mécanisme de l'expression symbolique est identique partout. Bien entendu, il ne s'agit que du mécanisme général et non de la valeur intrinsèque des contenus, ni de la valeur artistique des images qui les expriment, ni de la manière dont celles-ci sont agencées. Tout cela fait préci-

sément que l'art se distingue du rêve, mais ce sont là des considérations qui sont hors de notre sujet.

Donc, la pensée affective, tout comme la pensée pragmatique, a un vocabulaire dont elle se sert dès qu'elle exprime ses idées dans le langage de la représentation. A côté de la représentation conceptuelle, existe la représentation affective. Les mots de ce vocabulaire, nous l'avons vu, sont des symboles. La matière qui sert à leur construction est la même que celle de la pensée pragmatique, seul le point de vue diffère : au lieu du dehors, c'est le dedans qui est pris en considération. Au cours de son existence, chaque individu forge son symbolisme personnel. Celui-ci est fait pour une partie avec les apports sensibles fournis par l'ambiance, vus à travers la réaction affective du sujet, et, pour une autre partie, avec les événements les plus importants de sa vie pris dans leur valeur de vécu. Le sujet construit ainsi ses instruments d'expression et ceux-ci, pour la partie qui relève du médiat, sont en même temps des chapitres de sa vie qui témoignent de ses aspirations, de ses réussites, de ses déboires, etc... Nous retrouverons ce fait à propos du symbole en psychopathologie où il se manifeste avec un relief tout particulier. Chaque fois que cet outil est à l'œuvre, il révèle par sa structure même l'intimité la plus profonde de l'individu. Freud le constate quand il affirme que presque toutes les situations que nous offrent les rêves ne sont que des « copies considérablement revues et augmentées des souvenirs de choses vécues dont l'origine remonte à l'enfance ». Chez le sujet adulte, chaque événement qui survient au cours de la vie diurne et même au cours du sommeil s'est trouvé être rangé et désigné, suivant sa nature affective, par un des termes de ce vocabulaire. Tel est, par exemple, le cas des excitations somatiques ou celles du monde extérieur surprenant l'individu pendant son sommeil. Elles se trouvent être identifiées avec une entité affective, avec laquelle les unit une relation de similitude subjective.

Un dormeur interprète le bruit qu'on fait en battant des tapis, comme des applaudissements des spectateurs en train de voir au théâtre une pièce à lui. La personne en question caresse le désir d'écrire un jour une comédie (Freud).

Freud voit ici, et dans les cas analogues, un effort du dormeur pour neutraliser le facteur perturbateur et prolonger ainsi le sommeil. Nous ne pouvons pas souscrire à cette explication finaliste. Si ce résultat est atteint, il ne l'est qu'incidemment et le

« travestissement » qu'opère là le rêve n'a nullement en vue ce résultat. Il s'agit uniquement d'une identification de la matière sensible à l'aide du vocabulaire affectif. D'ailleurs, dans le chapitre consacré au symbole en psychopathologie, nous aurons l'occasion de voir des traductions de même nature en dehors du sommeil, et notamment quand il sera question de l'élaboration perceptive de la matière sensible dans les états d'ivresse mescalinique.

La vie entière de l'individu se trouve ainsi prise dans un système des symboles reliés entre eux par un réseau de relations affectives. Si l'on essayait d'étaler le contenu d'une partie quelconque de ce système, on passerait de symbole en symbole, et l'on verrait ainsi défiler une tranche importante du psychisme de l'individu. Ainsi s'explique, entre autres, le cas désormais classique de Proust où une madeleine trempée dans le thé fait surgir le souvenir d'un monde enfoui dans l'oubli : le « Temps perdu ».

Quand on examine le vocabulaire symbolique pris dans son ensemble, on constate qu'il se subdivise, par la nature même des matériaux dont il est fait, en deux groupes distincts. Certaines formes symboliques traduisent ce qu'il y a de commun, d'identique et d'universel dans la sensibilité humaine. Il est compréhensible que la plupart du temps ce soit précisément le cas du symbole par l'immédiat, puisque celui-ci n'exprime que la manière dont le sujet est affecté par la matière sensible considérée en elle-même. Certaines locutions, dont fourmille littéralement notre langue, sont de cette espèce. Telles sont les expressions du genre : haine froide, rire jaune, amer comme le fiel, etc... Elles sont pour ainsi dire des clichés sociaux de certaines sensations ou impressions. Chaque individu les reçoit avec la langue dans laquelle il s'exprime et au même titre que les autres acquisitions que la société a accumulées au cours de son existence séculaire. Mais tout en les recevant ainsi, chaque individu est capable d'évoquer l'ensemble sensible qu'elles désignent et par là-même de les recréer pour son compte personnel. Il est même capable, quand les nécessités de l'expression le lui imposent, d'en créer des formes inédites construites sur les mêmes bases et qui, pour cette raison, seront aussi socialement compréhensibles que les précédentes, sans que de longues explications soient nécessaires. Rappelons l'extrait cité du « Journal d'un schizoïde », où un état subjectif est rendu compréhensible par lui-même parce qu'il est exprimé à l'aide d'un symbolisme qui a, grosso-modo, la même signification affective pour tout le monde. C'est aussi bien le cas du symbolisme de la plus grande partie du rêve de Bismarck cité

précédemment. Il est des poètes, et c'est sans doute le cas de la plupart d'eux, qui s'expriment presque exclusivement à l'aide d'un tel symbolisme. Ce que font en autres Lamartine, Hugo, Musset. D'autres variétés symboliques de la même espèce sont la traduction de l'état d'âme d'une société donnée, de certains moments saillants de son histoire, d'un certain état d'esprit acquis au cours de son existence en tant que collectivité. Quelle que soit la variété de ces symboles, qu'ils soient dus à l'identité des manières d'éprouver, qu'ils soient la traduction de certains états d'âme collectifs, ils sont communs et intelligibles à chaque individu d'une société donnée. Nous les appellerons des symboles objectifs. Les différentes variétés du symbole objectif se retrouvent plus ou moins étroitement entremêlées dans les mythes et les légendes, comme permet de le voir une analyse, même superficielle. L'ensemble des formes auxquelles Freud réserve le terme de symbole, à l'exclusion des autres, trouve naturellement sa place dans le groupe des symboles objectifs. Ils sont presque toujours dus à la symbolisation par l'immédiat. On s'aperçoit qu'il n'y a nullement lieu de recourir à des hypothèses extravagantes, telles que la transmission héréditaire, pour expliquer l'universalité dans le temps et dans l'espace de certains symboles : l'identité de la sensibilité humaine suffit pour faire comprendre ces faits d'une manière moins fantaisiste, plus simple, donc plus satisfaisante.

Dans un autre groupe de symboles, on se trouve en présence de formes qui, par la nature des matériaux avec lesquels elles sont construites, sont particuliers au sujet qui les emploie et elles sont indéchiffrables sans son aide. L'expression « mystérieux et prodigieux Maëlstrom », en parlant des remous de l'âme, est compréhensible et éloquente par elle-même, mais pour savoir que l'arrivée dans une salle de spectacle à moitié vide signifie un mariage trop tôt contracté, il est indispensable d'interroger l'auteur de ces propos. Ces formes strictement individuelles, opaques par elles-mêmes, sont, par opposition aux précédentes, des symboles subjectifs. Elles se rattachent presque toujours, et cela se conçoit aisément, à la symbolisation par le médiat. En effet, elles sont faites avec les événements de la vie personnelle de chaque sujet, et c'est de la tournure qu'a pris l'histoire du sujet dans chaque cas particulier, qu'elles tiennent leur signification. Pour une personne ayant d'autres préoccupations, ou dont la vie s'est passée d'une manière différente, un théâtre à moitié vide peut symboliser une situation bien différente.

Ces deux groupes de symboles ne sont pas séparés par des cloisons étanches. Bien au contraire, il existe des formes de transition qui les unissent les unes aux autres et nous aurons l'occasion de les étudier plus spécialement en psychopathologie où elles abondent particulièrement. Ici, bornons-nous à quelques mots au sujet du symbole tel qu'il ressort des œuvres des poètes dits symbolistes. Les auteurs qui relèvent de cette tendance littéraire se sont attaché à saisir et à exprimer dans toute leur originalité les états intérieurs de l'âme. Pour eux, il ne s'agit plus de traduire le dedans à travers le monde des choses et par les choses, comme l'ont fait et le font les écrivains usant du symbolisme objectif. Il s'agit de fixer et de porter au dehors, grâce à des moyens de représentation appropriés, le monde intérieur lui-même, « ce mystère inclus en nous-mêmes », avec toute la richesse qui le caractérise. Or, ce sont des états éminemment fluides, tout en nuances, tout en sentiments, aux contours difficilement saisissables. Le symbole, pour remplir son rôle, doit s'appliquer à son objet d'aussi près que possible, mais alors, à cause de la nature subjective par excellence de celui-ci, il risque à chaque instant de devenir trop personnel, donc impénétrable, et de faillir à son rôle d'expression. Les symbolistes ont surmonté ces difficultés grâce à une technique d'expression spéciale. En premier lieu, ils ont eu largement recours à la musique du mot ; les exemples célèbres, telle « La chanson d'automne » de Verlaine, sont dans la mémoire de tout le monde. En effet, parmi tous les modes d'expression, c'est encore la musique qui traduit le mieux la nature toute dynamique de ces états. Elle seule rend là où les autres façons de figuration ne peuvent que désigner, ou agir par allusion. Le rythme, la mélodie, le timbre, l'harmonie concourent pour donner un tableau saisissant et fidèle du monde intérieur.

« L'unité de la mélodie, ses complications, ses fuites et ses retours sont prêts à exprimer l'unité lyrique des sentiments, ses phases et sa courbe. La parenté tonale, la multiplicité des thèmes, leur combinaison, le développement, la variation, la modulation sont des moyens tout à fait adaptés à l'exploration et à l'expression de la vie affective... La logique musicale est l'expression la plus approchée de la vie affective pure. » (Delacroix).

La musique du mot crée l'atmosphère dans laquelle viendra se placer le symbole qui donnera au sentiment son revêtement représentatif. Cette image symbolique est d'une nature bien par-

ticulière et ceci est le second point original de la technique symboliste. Chaque terme de ces images envisagé en lui-même est une entité qui tient du symbole objectif. Ce qui les fait plutôt rattacher au symbole subjectif, ce sont les rapprochements inattendus, inusités même qu'on leur fait subir.

Je suis un vieux boudoir plein de roses fanées,
Mon cœur est un palais flétri par la cohue.

(BAUDELAIRE).

Ma larme est diaphane et je porte sans fin
Un cœur mélancolique où la lune se lève.

(Albert SAMAIN : *Au Jardin de l'Infante*).

En l'occurrence, un vieux boudoir plein de roses fanées ou un palais flétri par la cohue désignent des ensembles dont la signification affective est à peu près pareille, ou peu s'en faut, pour tout le monde. Mais là où ces expressions se rapprochent du symbole subjectif, c'est par la relation d'équivalence qui unit leurs termes. C'est le cas du cœur qui est comparé à un palais flétri par la cohue, de l'individu qui se compare à un boudoir plein de roses fanées, etc... Cette relation est subjective, elle est le fait du sujet dont elle exprime l'état d'âme. Chacun des termes englobés dans ce système d'équivalences étant compréhensible, l'ensemble qu'ils forment l'est aussi, tout en étant l'expression d'un état purement individuel. Les métaphores de cette catégorie se rangent parmi les formes hyper-condensées dont il a été question plus haut. En effet, elles ont une sphère d'une vaste étendue. Ceci suffit à expliquer, tout en tenant compte de l'action suggestive qu'elles exercent grâce à leurs qualités musicales, la profonde résonance qu'elles provoquent chez l'auditeur.

Nous croyons avoir donné sur les pages précédentes une réponse aux différentes questions que soulève le problème du symbole. L'origine de celui-ci, nous l'avons vue dans le fait que la pensée affective, notre pensée intérieure, reste dans le domaine de la perception et de la qualité, en opposition à la pensée pragmatique qui dérive d'elle, grâce à une élaboration secondaire. Elle s'attache à l'apparence sensible et construit des formes qui la traduisent. Chacune de ces formes est une entité de la pensée affective, elle traduit en termes de la sensibilité l'objet et le sujet ou, plus exactement, l'objet tel que le révèle la sensibilité du sujet. Chacune d'elles est un symbole en puissance : un présym-

bole. Elles deviennent des symboles grâce à un système d'équivalence qui permet de les exprimer les unes par les autres. La pensée affective, tout comme la pensée pragmatique, groupe ses termes et les englobe dans un réseau de relations. Tout ce qui est éprouvé d'une manière analogue, quelle que soit sa nature objective, est rapproché et réuni par une relation de similitude. Le système n'est donc pas basé sur la nature objective des choses, il est axé sur le sujet.

Les relations de similitude s'établissent de deux manières. Dans un premier cas que nous avons désigné par le terme de « l'immédiat », les données en présence sont envisagées en elles-mêmes. Dans un second, elles ne sont pas envisagées sous leur forme présentative, mais par rapport aux autres données non présentes et qui déterminent leur signification affective. La structuration relationnelle, qui est ici l'œuvre, s'effectue suivant un mécanisme que, par opposition au précédent, nous avons appelé « médiat ». Par le jeu de ce double mécanisme, il s'établit un système d'équivalences analogiques qui permet aux contenus de la vie mentale, envisagés sous l'angle de leur valeur affective, de s'exprimer les uns par les autres. Le symbole n'est donc au fond que la traduction pure et simple du système relationnel de la pensée affective. Nous avons traité très amplement, en étudiant plus particulièrement l'exemple du rêve, la manière dont fonctionne cet ensemble employé en tant que système d'annotations.

L'examen de la nature du symbolisant a permis de distinguer diverses formes symboliques. A une première variété, se rattachent les symboles qui traduisent ce que la sensibilité a de commun, d'identique dans une société donnée, voire même chez l'humanité entière. C'est le symbole objectif, et il forme, pour ainsi dire, le fond commun de tout le monde. Puisque sa signification est fixe, on peut tenter d'établir pour lui une sorte de clef qui donnera le sens de chacune de ces figures. On sait que l'Ecole psychanalytique a effectivement tenté de le faire.

Dans un deuxième groupe, l'individu puise dans son propre fond, dans l'histoire de sa vie, les matériaux avec lesquels il édifie le système d'annotations symboliques. C'est le domaine du symbole subjectif dans lequel rentrent aussi, comme étant de même nature, les formes décrites par Freud dans le rêve sous le terme de dramatisation.

Enfin, dans un troisième groupe qui reste un peu à part, le choix du symbolisant est influencé par la nature spéciale du contenu qu'il doit traduire. Il s'agit d'extérioriser le monde intérieur pris en lui-même. Les formes de cette provenance forment

pour ainsi dire le chaînon intermédiaire entre les deux groupes précédents. Toutes ces distinctions ne doivent à aucun moment faire perdre de vue qu'il ne s'agit que des subdivisions introduites parmi des faits similaires. Ces formes symboliques, aussi variées qu'elles puissent paraître, ont la même structure et expriment le « dedans », suivant des modalités particulières à chaque genre.

Les différents aspects du problème ainsi élucidés, il est possible maintenant d'aborder en dernier lieu un point qui jusque-là n'a été traité que d'une manière indirecte et très fragmentaire : quel est le rôle du symbole dans la vie mentale ? La réponse à cette question est contenue implicitement dans tout ce qui vient d'être dit le long de ces pages.

Pour Ferrero, le symbole est un pis aller. Il résulte d'une activité de l'esprit qui s'arrête à mi-chemin. A la base de l'activité mentale, se trouve la loi du moindre effort. Pour cette raison, l'homme primitif a commencé par rechercher les associations des plus simples, telle la comparaison à deux termes, dont le second fut promu à la dignité du symbole du premier.

Ribot émet une opinion analogue, toutefois plus nuancée. Pour lui, le symbole a sa raison d'être « dans le besoin, surtout chez ceux qui répugnent à l'abstraction, de se représenter ce qui est irreprésentable ».

Freud est encore là victime d'une fausse perspective qui ne lui fait voir que le contenu de certains symboles. Pour lui, le symbole est l'expression d'un conflit psychique. Il figure des contenus inconscients qui, grâce à ce travestissement, sont en mesure de devenir conscients. Ces contenus, presque toujours de nature sexuelle, se retrouvent sous une forme analogue dans les mythes et les légendes. Tout cela est trop bien connu pour qu'il soit nécessaire d'y insister davantage. D'une façon générale, d'après l'Ecole psychanalytique, le symbole est une régression vers un mode de pensée plus primitive qui se produit dans les états du moindre effort, tels le rêve, la fatigue ou dans les états pathologiques.

Nous avons suffisamment exposé la conception courante du rôle du symbole, telle qu'elle ressort du travail de Georges Dumas, pour nous dispenser d'y revenir.

Toutes ces opinions sont trop étroites et trop fragmentaires. Elles s'appliquent à un certain nombre de cas, mais n'englobent pas dans une vue d'ensemble tous les cas. Le symbole peut être un retour vers un mode de pensée plus primitif et ceci a effectivement lieu non tant dans le rêve que dans les états de désagré-

gation mentale. C'est alors notre pensée intérieure, la pensée affective, qui s'étale passivement par des blocs et des fragments plus ou moins dissociés. A côté d'autres éléments, apparaît alors dans le discours le symbole qui est une des pièces essentielles de cette pensée. Nous avons eu l'occasion de traiter ce sujet (1) et nous y reviendrons dans un travail ultérieur. Mais le symbole peut être aussi l'expression d'une pensée qui, non seulement ne représente pas une régression, mais compte parmi ce que notre psychisme a produit de plus complexe : l'art. Le symbole peut servir à exprimer des conflits psychiques, à travestir certains contenus que la censure individuelle ou sociale a toujours refoulés dans la subconscience, mais tous les symboles n'ont pas ce caractère. Le rôle du symbole n'est pas non plus d'aider « ceux qui répugnent à l'abstraction ». Les abstractions ne sont qu'une vue de l'esprit et n'existent pas sur le plan de la pensée intérieure. Tout y est, nous l'avons vu, concret.

Le rôle du symbole est d'exprimer le dedans, le monde intérieur dans toute sa complexité, avec tous ses remous que notre langage conceptuel n'est pas apte à rendre. Il est pour ainsi dire le concept de la pensée affective qui est notre pensée spontanée, soulignons-le encore une fois. Le symbole ne forme ni un mode primitif de pensée, ni à plus forte raison il ne représente une forme de régression. Il a son domaine propre et celui-ci, tout en se modifiant au cours des siècles, ne s'est nullement rétréci, puisque la pensée affective, tout en ne s'exprimant plus par nos langues « algébralisées », ne garde pas moins la maîtrise sur le plan intérieur. Chaque fois qu'il s'agit d'exprimer des valeurs du vécu, le symbole se présente tout naturellement. Système d'annotations, il peut servir pour figurer un conflit psychique, comme tout autre contenu. Il peut avoir la signification d'un arrêt, d'un moindre effort, quand dans les états de relâchement mental, entre autres automatismes, remontent à la surface certains symboles forgés par la société au cours de son existence séculaire et formant pour ainsi dire un fond commun. Mais il peut être aussi création originelle et comme telle relever du plus haut niveau du psychisme. C'est le cas de la création poétique qui marque chaque fois une synthèse harmonieuse et inédite. Le symbole est ce que fait de lui son contenu, il est du niveau de celui-ci.

(1) Voir *Ann. méd.-psych.*, décembre 1939.

DIPSOMANIES — DONNÉES PATHOGÉNIQUES

PAR

A. CHARLIN, P. GARDIEN et P. MARTY

A la fin du siècle dernier, tous les syndromes comportant un trouble instinctif de la soif étaient considérés comme des troubles mentaux « les vésanies de la soif », ainsi nommées par Lacombe, Sauvage et Trousseau, même lorsqu'il s'agissait de diabète insipide authentique. Ce n'est qu'au début du siècle qu'André Mayer le premier, a étudié sérieusement le problème de la soif, le faisant dépendre de l'état de tension osmotique des tissus ; la régulation de cette soif était subordonnée à un ensemble de réflexes dont le centre supérieur était bulbaire. Puis, les travaux remarquables de Camus et Roussy et des auteurs américains mirent en évidence le rôle de la région infundibulo-tubérienne.

Trois grands syndromes : diabète insipide, potomanie et dipsomanie se partagent aujourd'hui le domaine de la pathologie de la soif.

Depuis les travaux de Fischer, Ingram, Ranson, de Gaupp, et ceux de Roussy et Mosinger, on admet que le *diabète insipide* est dû à la lésion d'un faisceau qui constitue une entité physiologique et qui relie l'hypothalamus au lobe postérieur de l'hypophyse passant par la tige pituitaire. Sans vouloir envisager le problème du diabète insipide, objet de nombreux travaux récents, rappelons que la question qui a le plus souvent retenu l'attention est celle de l'apparition du premier symptôme de la maladie. On a invoqué successivement la polyurie, puis la polydipsie. Labre et Rathery, du point de vue clinique, Camus et Roussy, du point de vue expérimental, ont classiquement soutenu l'origine première de la polyurie. Mais les travaux neuro-chirurgicaux

récents ont mis en évidence la précession de la soif dans le diabète insipide (Alajouanine, Th. de Martel, Thurel et Guillaume, Kourilsky, David, Sicard et Galey, Clovis-Vincent, David et Puech-Dandy). Kourilsky et ses élèves, dans de nombreux travaux, de 1942 à 1945, ont montré l'inexactitude de la formule polyurie = spoliation de l'eau = soif, et ont publié différents cas de dissociation extrême entre la soif et la polyurie. Il estime que dans la région hypothalamique il existe un centre polyurique distinct à côté du centre de la soif. L'étude du diabète insipide permet de constater en vérité son immense complexité. Il existe probablement des centres échelonnés ou plus exactement un système régulateur de la soif dont la partie la plus importante se trouve dans la région hypothalamique. Une action instantanée sur ce centre est possible, sa lésion entraîne un diabète insipide. Les problèmes les plus débattus, polydipsie ou polyurie première, rôle du rein, hydrophilie ou hydrophobie des tissus, ne sont pas encore nettement résolus. Le diabète insipide apparaît de toute façon comme la manifestation d'un trouble organique.

La *potomanie,* isolée comme entité clinique par Achard et Ramond en 1905 est un besoin constant de boire, portant en particulier sur l'eau, cependant le potomane est un sujet qui boit parfois n'importe quoi, tout ce qu'il trouve sous la main, il s'agit le plus souvent d'enfants qui ne présentent aucun stigmate de lésion hypophysaire ou rénale ; ce sont toujours des névropathes et avant tout des pithiatiques mythomanes. Il suffit de lire les observations d'Achard et Ramond, de Pasteur-Vallery-Radot, de Marcel Labbé, de Boulin, pour se rendre compte du talent et des ruses dont les malades ont usé pour boire, pour se faire remarquer, pour dissimuler la quantité d'urine témoin de leurs énormes ingestions de liquide. On ne peut parler de potomanie sans rappeler l'observation de Marcel Labbé dans le service duquel on présentait en même temps un potomane et un phagomane. Quelques jours après la présentation, on s'aperçut que le phagomane était devenu un grand polyurique et que ce phagomane était devenu potomane. Du point de vue clinique comme du point de vue thérapeutique, il est indispensable de différencier la potomanie du diabète insipide. Certes, l'action du lobe postérieur d'hypophyse est pratiquement nulle dans la potomanie, mais dans le diabète insipide, les modifications de poids sont trop variables. Seuls les signes d'atteinte de la région hypophysaire, avec symptômes neurologiques, peuvent compter. Lors-

que l'on considère les observations où un diabète insipide a été suivi de potomanie (Bénard, Demel et Hirsch), et où un malade atteint de diabète insipide a été longtemps considéré comme potomane à cause d'un état psychopathique constitutionnel, on est en droit de se demander quels sont les rapports entre ces deux affections, et l'on comprend mieux alors cette conclusion de Kourilsky : « La frontière entre le diabète insipide et la potomanie n'est pas absolue. » Tous les auteurs sont d'accord pour considérer les potomanes comme des névropathes, cependant, nous n'oserions écrire avec Julien Marie (*Soc. méd. hôp. Paris,* janv. 1945) : « Nous réservons exclusivement le vocable de « potomanie » aux simulateurs et aux buveurs volontaires » ; en effet nous nous demanderons avec Kourilsky si, ici-même, il n'existe pas un stimulus particulier de nature organique à point de départ hypothalamique.

Si les bornes de la potomanie sont mal marquées du côté du diabète insipide, elles le sont aussi mal du côté de la dipsomanie, syndrome purement psychiatrique pour Labbé. Boulin et Justin-Besançon n'ont-ils pas publié (*Pratique médicale française,* 1930) un cas de dipsomanie suivi de potomanie, et l'auteur brésilien Cunha Lopez n'a-t-il pas décrit les syndromes hydro-dipsomaniaques intermédiaires entre potomanie et dipsomanie (*Encéphale,* 1929).

La *dipsomanie,* troisième autre grand syndrome caractérisant un trouble instinctif de la soif, se manifeste par des accès intermittents survenant de façon irrégulière et au cours desquels le malade est pris d'un besoin de boire de grandes quantités de boissons alcoolisées. Il se distingue ainsi des ivrognes qui s'enivrent chaque foi qu'ils trouvent l'occasion de boire. Perelmans (*Encéphale,* 1919) a publié un historique très complet de cette question. Nous n'y reviendrons pas. Mais la pathogénie des accès dipsomaniaques a été à l'origine de bien des discussions, tandis que Kræpelin, Aschaffenburg, Gaupp, Pappenheim, Lhermitte, etc..., mettaient en avant le facteur épileptique, Gilbert Ballet, Dupré, Deny et René Charpentier, Marchand et Picard, Marchand et Abély, Daumézon, insistaient sur les rapports de cette affection et des psychoses périodiques. Nos deux observations pourraient offrir un certain intérêt en apportant plus d'un élément en faveur de cette dernière théorie, mais nous les présentons également pour insister sur certains détails que nous croyons devoir souligner.

Observation I. — V., instituteur, 39 ans ; père décédé de cirrhose alcoolique. Aucun antécédent personnel. Jusqu'en 1929, exerce correctement son métier. Apparition alors de brusques crises dipsomaniaques : pendant quelques jours, se sent troublé, puis a soif, commence à boire de la bière, puis des alcools, fait une fugue de plusieurs jours, court les maisons de tolérance et rentre chez lui en état d'ivresse. Ces crises restent parfaitement conscientes, il en a un souvenir précis et peut dire ce qu'il a fait chaque jour, il ne cherche pas à se cacher, se met en évidence dans les cafés, son attitude scandalise ceux qui le connaissent. Après ses crises, se sent fatigué, déprimé, mais il n'existe pas de dépression à type mélancolique. Entre ces périodes qui surviennent une fois, deux au plus par année, il s'agit d'un sujet sobre, se contentant souvent d'eau. Pédagogue consciencieux, ses chefs tout d'abord l'ont excusé, mais devant les récidives annuelles, on l'a déplacé, il a reçu des blâmes. Il s'est alors spécialisé dans la rééducation des anormaux et a bien réussi ; cependant, malgré tous ses efforts, chaque année les récidives survenaient, surtout au printemps. En 1939-1940 il est cassé de son grade à la suite d'une crise analogue, puis réformé. Depuis, a fait plusieurs séjours dans des maisons de santé, en particulier à l'Hôpital Henri-Rousselle. En octobre 1944, s'est engagé pour essayer de se racheter. Sa femme demandait alors le divorce, poussée par ses parents qui ne voulaient pas d'un gendre alcoolique. C'est à la suite d'une nouvelle crise qu'il est hospitalisé, en avril 1945, au Val-de-Grâce : crise toujours identique et pour laquelle une sanction militaire peut s'imposer. Il s'agit d'un sujet sympathique qui explique très bien son trouble : « C'est plus fort que moi, cela me survient une fois par an, parfois deux, au printemps et à l'automne, mais je n'y peux rien... Empêchez-moi de sortir maintenant, car ce n'est pas encore fini. » Placé à l'isolement, son comportement paraît absolument normal, cependant il ne manifeste pas encore l'envie de sortir. On essaie un traitement de désensibilisation à l'alcool, par injections intramusculaires de 20 cm^3 de vin blanc tundalisé. Placé en salle libre, le lendemain il fait une fugue de deux jours, et bien que le vin lui ait donné un léger dégoût et qu'il ait manifesté quelques signes d'intolérance, pendant deux jours, il courut de café en café. La médication au gardénal, qu'il subissait depuis une quinzaine de jours, avait été sans effet sur lui.

Examen général normal. Petit tremblement des extrémités, achilléens faibles. Tension artérielle, 14 1/2-8. Radiographie du crâne et de l'hypophyse, normale. Fond d'œil normal. Bordet-Wassermann négatif. Ponction lombaire : 0,5 éléments par mm^3, 0,16 d'albumine. Bordet-Wassermann négatif. Benjoin normal. Electro-encéphalogramme normal, rythme 7 H.

L'absence de tout élément comitial, l'inefficacité absolue du gardénal, l'électro-encéphalogramme normal (bien que nous

n'estimions pas que ce fait puisse être considéré à lui seul comme décisif), nous ont conduit à penser beaucoup plus à une dipsomanie relevant de la psychose maniaque dépressive qu'à un état épileptique, et nous avons recommandé au malade de faire pratiquer la sismothérapie dès les premières manifestations des accès suivants. Nous soulignerons ici le caractère social dramatique de cette dipsomanie. Cet instituteur consciencieux, donnant toute satisfaction en temps ordinaire, ne peut malgré tout être considéré autrement que comme un éthylique par ses supérieurs, ceux-ci en effet ne peuvent considérer le fait de boire sous différents aspects; sa femme, poussée par ses parents qui ne voulaient pas d'un gendre alcoolique, était sur le point de divorcer. Les remords tant de fois signalés au cours de cette affection étaient bien réels. Si nous estimons qu'au point de vue médico-légal, l'alcoolisme et les actes délictueux qui s'ensuivent nécessitent une pénalisation, il est certain que dans ces cas le problème est très différent et que le sujet est irresponsable (en particulier de son absence illégale au point de vue militaire).

Observation II. — Y., 22 ans ; père alcoolique décédé. Aucun antécédent. Etudes primaires irrégulières, ensuite se montre assez instable, nombreuses places ; donne d'abord satisfaction, puis période de dépression et d'instabilité, « quand il est mal luné, il rend son tablier ». C'est ainsi qu'il tombe en chômage. Un soir qu'il se sent triste, pour la première fois il boit tout seul deux litres de vin rouge : son cafard s'accroît, il veut brusquement mourir et se pend avec sa ceinture ; celle-ci se découd, il se lacère alors les poignets d'une lame tranchante. Quelques jours plus tard, toujours triste, boit un litre de vin, entraîne dans une chambre une fillette de 6 ans 1/2 et se livre à des attouchements ; il est arrêté, inculpé d'attentat aux mœurs, reconnu irresponsable et interné. A la colonie agricole de Chézal-Benoît, il continue à se montrer instable, tantôt très actif, ironique, gouailleur, tantôt fantaisiste, paresseux, triste. Par périodes irrégulières il se met à boire, la répression est sans effet. Il ne s'agit pas d'un éthylisme banal, mais d'une véritable impulsion irrésistible, survenant par accès d'une durée variable, à intervalles irréguliers. Au début de l'accès, il est déprimé, il a l'impression « qu'il lui manque quelque chose », il se désintéresse de son travail, et même surveillé, il arrive toujours à se procurer du vin rouge qu'il boit à la régalade (1, 2 litres, parfois plus) ; il est, presque aussitôt, ivre-mort : quand il reprend ses esprits, l'accès peut être terminé ou se poursuivre quelques jours. A Limoges, il présente plusieurs états dépressifs suivis de crises dipsomaniaques. En mai 1943, au cours d'un paroxysme anxieux, il boit 3 litres de vin, puis se taille les poignets avec un couteau. En 1944, nouvelle crise avec tentative de suicide, par

égorgement et section des veines des poignets et des cuisses. En décembre 1944, à la suite d'une crise, il sodomise un imbécile. Dans l'intervalle de ses accès, Y. se porte bien, ce n'est pas un alcoolique, il ne boit que modérément, même si on laisse du vin à sa disposition. Il a toujours des phases où il manifeste les meilleures dispositions, travaille bien, qui alternent avec des périodes de dépression.

Le fond mental est normal. L'examen physique révèle quelques signes de dégénérescence (asymétrie cranienne, denture irrégulière, voûte ogivale).

En résumé : Y. est un hérédo-alcoolique déséquilibré instable, présentant des phases de dépression périodiques avec accès dipsomaniaque parfois suivi de tentative de suicide et d'attentat aux mœurs.

Sur un fond de déséquilibre cyclothymique avec des accès dépressifs, tentative de suicide et états hypomaniaques passagers, nous voyons ici évoluer périodiquement des accès de dipsomanie que nous rattachons également à la psychose périodique.

Certes, on a décrit les dipsomanies secondaires au cours de la paralysie générale, au cours d'accès francs de manie ou de mélancolie. Magnan a considéré la dipsomanie comme un phénomène obsessionnel, puis, dans les dernières années de sa vie, il écrivit : « Les dipsomanes ne sont pas toujours des obsédés, mais des anxieux. » Il existe incontestablement chez les épileptiques, des formes dipsomaniaques du besoin de boire (Marchand et Ajuriaguerra). Il s'agit d'accès pouvant survenir comme symptômes prémonitoires, comme aura, ou comme équivalents. Lhermitte a donné de nombreux arguments en faveur de l'origine épileptique de la dipsomanie, il cite les symptômes communs aux deux affections, l'irrésistibilité, l'impulsion, l'excitation psychomotrice, l'agressivité.

Mais, si la psychose maniaque dépressive invoquée à l'origine de la dipsomanie a eu les premiers suffrages, c'est elle qui tend à l'heure actuelle à reprendre la première place. La dépression anxieuse à type obsessionnel, l'euphorie et l'état maniaque de la crise elle-même, enfin la phase mélancolique post-paroxystique, reproduisent bien les symptômes exacts d'un accès périodique de manie. Lhermitte, ferme partisan en 1933 de l'origine épileptique de la dipsomanie, avoue cependant que certains aspects moins soudains, moins violents, moins impérieux de la maladie où le malade boit moins avidement, où il suspend sa débauche avant de tomber ivre-mort, peuvent être rattachés à la période d'excitation de la psychose maniaco-dépressive.

En ce qui concerne nos observations, nous voudrions insister sur les faits suivants :

Dans l'un et l'autre cas, la dipsomanie s'accompagne d'autres symptômes. V... est non seulement un dipsomane, mais comme son illustre prédécesseur, Musset, un dipsomane dromomane ; ces deux coexistent en effet fréquemment, il s'agit d'un acte impulsif semi-conscient, allant de pair avec la dipsomanie et dont on ne peut le séparer. Y... complique sa dipsomanie d'actes pervers sexuels. Laignel-Lavastine et Kahn ont rapporté l'histoire d'un dipsomane fugueur dont les crises s'accompagnaient d'excitation sexuelle. Pour Bailey, les accès dipsomaniaques sont souvent déterminés par le désir de satisfaire l'instinct sexuel. Les psychanalystes insistent sur le point de départ sexuel de la dipsomanie. Pour d'autres une déception amoureuse serait parfois à l'origine du trouble. Il nous paraît inutile de rechercher dans pareils cas une relation de cause à effet ; pour nous, la dipsomanie, les troubles de la sphère sexuelle, les impulsions dromomanes sont les manifestations d'une même atteinte de différents centres végétatifs de l'hypothalamus ; il serait facile actuellement de rappeler toutes les observations qui montrent que chacun de ces troubles peut être en rapport avec une lésion de ce centre. L'origine centrale de la dipsomanie nous paraît parfaitement claire, Marchand et Ajuriaguerra ont encore récemment montré les rapports de la faim et de la soif avec une atteinte hypothalamique. Nous ne pouvons pas considérer non plus la dipsomanie comme une réaction psychologique et un état dépressif. Il s'agit de phénomènes concomitants. Le dipsomane ne « boit pas pour se remonter ». Il est déprimé et il boit parce que le trouble a son origine dans une région anatomique qui commande en même temps l'humeur et l'instinct de la soif.

Nous avons insisté sur les rapports étroits de la potomanie et du diabète insipide ; nous avons soulevé la question d'une lésion centrale dans certaines formes de dipsomanies ; nous avons enfin montré l'imprécision qui subsiste quant à de nombreux points du diabète insipide. Les limites entre ces trois formes de troubles instinctifs de la soif, sont en réalité peu nettes, toutes les formes de passage sont possibles. L'observation suivante en est un exemple :

Observation III. — B., 38 ans, hôtelier ; accidenté le 16 mai 1940, perte de connaissance, coma pendant 10 jours. Auparavant, il ne présen-

tait aucun trouble. Dès son réveil, il note une soif anormale et ingère beaucoup de liquide. On s'aperçoit alors qu'il présente une glycosurie (40 gr. par litre) et une polyurie. Traité à Rennes, le sucre disparaît sous l'influence de l'insuline, tandis que persistent polydypsie et polyurie. Depuis son accident, on remarque des troubles importants du caractère, agressivité, labilité de l'humeur, tendances interprétatives avec phénomènes hallucinatoires. Il est hospitalisé au Val-de-Grâce pour diabète insipide avec troubles psychiques. Il nous apprend alors qu'en dehors de son trouble de la soif qui le gêne considérablement, il présente des phénomènes de cataplexie : « Je me sens brusquement fléchir sur les jambes, puis ça part..., j'ai l'impression de m'effondrer, et, pendant quelques secondes, je suis obnubilé. » Ces crises sont nettement en relation avec le traumatisme cranien et n'existaient pas auparavant. Puis sont apparues, également, des crises narcoleptiques, survenant à tout propos dans la journée, même lorsqu'il reste debout. Ce syndrome de narcolepsie-cataplexie s'accompagne de cataplexie, d'endormissement et d'hallucinose : il voit « défiler devant ses yeux des images colorées », puis, dit-il, « j'ai l'impression d'avoir des ombres qui menacent autour de moi, j'ai l'impression d'entendre des voix d'hommes ou de femmes qui disent du mal de moi. » Le malade reconnaît le caractère pathologique de son trouble, mais il le dit au milieu d'une anxiété qu'il ne peut traduire, mais qui semble contemporaine et naître en même temps que le trouble.

Il s'agit d'un sujet très difficile à l'hôpital, instable, irritable, qui, en dehors de ses troubles caractériels, présente un diabète insipide, des phénomènes de narcolepsie-cataplexie et des hallucinoses de type pédonculaire. L'examen neurologique et général est normal, le fond d'œil, la radiographie du crâne et de l'hypophyse ne révèlent rien de particulier.

Mis en observation, on constate que le sujet urine de 4 à 8 litres par jour ; la quantité de boisson ingérée est de 4 à 5 litres. Il existe un rapport très net entre la quantité de boisson ingérée et la quantité d'urine excrétée, mais une réduction systématique des boissons est impossible, en raison d'une part du caractère du malade, mais aussi de sa soif, qui, lorsqu'il est privé, est très pénible et s'accompagne d'angoisses. L'exploration fonctionnelle du rein se révèle normale, les dosages de chlorure urinaire, pratiqués systématiquement, donnent une élimination de 47 gr. environ. Tous les examens bio-chimiques pratiqués sont pratiquement normaux : urée 0,32 ; glucose 1 gr. 20 ; cholestérol total 1 gr. 50 ; cholestérol éthérifié 0,75 ; chlore globulaire 1,49 ; chlore plasmatique 3,33 ; calcium 0,107 ; protéides totaux 87 gr. ; sérum albumine 47 gr. ; sérum globuline 31 gr. Formule sanguine et numération globulaire normales. Epreuve de l'hyperglycémie provoquée normale.

Le sujet est mis au traitement par inhalation de poudre de lobe postérieur de l'hypophyse. 48 heures après, on note la chute brute de la polydypsie et de la polyurie, qui passe brusquement de 6 litres à

21,400. L'élimination urinaire quotidienne de chlorure, qui oscillait aux alentours de 47 gr., descend brusquement à 18 gr., puis à 10 gr. L'inhalation de poudre d'hypophyse a duré 15 jours. L'amélioration s'est maintenue pendant des mois et le sujet a quitté l'hôpital. Ce n'est qu'un an après que nous avons revu ce sujet, déséquilibré instable, qui, ayant eu des difficultés avec les autorités d'occupation, s'était engagé dans l'Organisation Todt. Nous apprenions, peu après, qu'il était arrêté par les Allemands, qui lui demandaient communication de son dossier. Nous le revîmes deux ans plus tard. L'amélioration de son diabète insipide s'était maintenue, cependant le sujet se sentait, par moments, pris d'une brusque envie de boire ; pendant quelques jours, il était indispensable qu'il boive des quantités d'eau aussi importantes que lorsqu'il avait son diabète insipide. En même temps se renouvelaient les troubles du caractère les phénomènes hallucinosiques et la cataplexie d'endormissement qui, entre temps, avaient disparu. Cette soif inextinguible cessait brusquement, cependant que persistait une labilité de l'humeur et du caractère avec des phases d'excitation.

A la suite d'un traumatisme cranien, nous voyons apparaître un diabète insipide, un syndrome de Gélineau, des phénomènes hallucinosiques avec hallucinose de type pédonculaire et phénomènes hallucinatoires très proches de l'automatisme mental. Sous l'influence de la poudre d'hypophyse, le diabète insipide disparaît cependant que les autres syndromes s'atténuent notablement. Mais plusieurs mois après, on voit apparaître des phases d'excitation s'accompagnant d'accès hydrodipsomaniaques très proches de ceux décrits par Cunha-Lopez. Nous touchons ainsi à cette pathologie complexe qu'est celle du carrefour hypothalamique et pédonculaire. Il est incontestable que nous nous sommes trouvés en présence d'un trouble de la soif où l'analyse permet de retrouver à la fois des éléments appartenant au diabète insipide, à la potomanie et à la dipsomanie.

Nous ne voulons pas créer une unité artificielle entre les trois affections étudiées, mais il s'agit simplement de montrer l'imprécision de leurs limites et leur fréquente intrication. Pour séparer d'une façon plus nette, diabète insipide, dipsomanie et potomanie, on a voulu tirer argument de la quantité des liquides ingérés. Dans chaque cas toutes les variations sont possibles. On n'a pas manqué d'opposer l'état de crises de certains syndromes aux troubles permanents des autres ; mais le besoin de boire ne peut-il présenter différents aspects ? On a voulu, enfin, invoquer le besoin à l'origine de certains cas et l'opposer au désir d'autres cas ; la limite entre ces deux notions est bien trop imprécise et

l'on ne doit employer comme argument que des signes objectifs. Il faut convenir qu'en fait, toutes les formes sont possibles dans le besoin de boire et tous les degrés dans chaque forme. Il est en effet excessivement difficile de définir la limite de la morbidité de la soif.

Nous trouvons dans cette étude elle-même l'intérêt que présente le problème instinctif parce qu'il nous est possible de gravir les divers échelons qui mènent aux troubles pathologiques. Certes nous nous trouvons sur un terrain mouvant mais qui, par là-même, reste passionnant car nous sommes en face d'un problème qui nous permet d'approcher assez étroitement du grand but, celui de l'unité psycho-neurologique.



SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Lundi 27 Mai 1946

Présidence : M. DEMAY, président

Le *président* souhaite la bienvenue au Dr Rezaï, professeur à l'Université de Téhéran, qui assiste à la séance.

Il adresse en outre, au nom de la Société, ses félicitations à M. le Dr Jean Delay, nommé professeur de Clinique des maladies mentales et de l'encéphale à la Faculté de médecine de Paris.

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 25 mars 1946 et le procès-verbal de la séance du 8 avril 1946 sont adoptés.

Correspondance

La correspondance manuscrite comprend :

des lettres de MM. les Drs Chanès et Michaux, qui remercient la Société de les avoir élus *membres titulaires* ;

une lettre de M. le Président de la *Royal Medico-Psychological Association*, invitant la Société médico-psychologique à désigner un ou plusieurs délégués pour assister à la réunion annuelle de l'association, qui se tiendra à Edimbourg, du 16 au 19 juillet 1946 ; la Société désigne le Dr N. Péron pour la représenter à cette réunion ;

des lettres de MM. les Drs Mâle, Puech et Teulié qui posent leur candidature aux places vacantes de membre titulaire résidant, et une lettre de M. le professeur Lagache, de Strasbourg, posant sa candidature à

la place vacante de membre titulaire non-résidant : une commission composée de MM. Chatagnon, Genil-Perrin, Guiraud, Minkowski et Bessière, rapporteur, est désignée pour l'examen de ces candidatures ;

des lettres de Mme le Dr Madeleine Cavé, de Paris, et de MM. les Drs L.-H. Couderc, d'Oran, et Ph. Danjou, des Rives-de-Prangins, qui posent leur candidature au titre de *membre correspondant national :* une commission composée de MM. les Drs H. Baruk, René Charpentier, Cossa, Gouriou et Carrette, rapporteur, est désignée pour l'examen de ces candidatures ;

des lettres de MM. les professeurs Bleuler, de Zürich, Rezaï, de Téhéran, et Tosquelles, de Saint-Alban, qui posent leur candidature au titre de *membre associé étranger :* une commission composée de MM. René Charpentier, Jean Delay, H. Ey, Laignel-Lavastine et Minkowski, rapporteur, est désignée pour l'examen de ces candidatures.

Lecture d'un message du Comité national suisse d'hygiène mentale

Le « Comité national suisse d'hygiène mentale » a fait parvenir, à la Société médico-psychologique, un exemplaire du numéro spécial de la *Revue suisse d'hygiène mentale*, édité en l'honneur des 60 ans du Dr Repond. « Notre Comité », est-il écrit dans la lettre du Dr Bersot accompagnant cet envoi, « est heureux de témoigner par là sa fidèle amitié et son admiration à votre Société, qui, malgré les vicissitudes douloureuses des années de guerre, a poursuivi régulièrement son travail, publié sa vaillante revue, est intervenue hardiment, auprès du gouvernement, pour défendre la cause des malades mentaux et pour affirmer les droits de l'hygiène et de la prophylaxie mentales. »

Réponse de M. le ministre du travail et de la sécurité sociale à une lettre de la Société relative à l'application du régime de la longue maladie.

En réponse à une lettre du secrétaire général de la Société, en date du 25 mars 1946, demandant, au nom de la Société, l'application du régime de la longue maladie aux malades mentaux, M. le ministre du travail et de la sécurité sociale a fait parvenir, au secrétaire général, une réponse dont voici les principaux passages :

« J'ai l'honneur de vous faire connaître qu'en raison du caractère particulier de l'assurance de la longue maladie, orientée vers la récupération sociale du malade, il n'est pas possible d'admettre, au bénéfice de cette assurance, tous les malades mentaux « sans aucune réserve ».

« Les prestations de l'assurance de longue maladie ne pourront être

accordées aux malades mentaux, comme à ceux des autres catégories, que dans les conditions générales fixées en la matière et que je crois devoir vous énumérer ci-dessous :

« 1° Il est indispensable qu'il s'agisse d'une affection dont la durée paraît devoir se prolonger au delà de la période de 6 mois pendant laquelle le sujet a droit aux prestations de l'assurance-maladie. Mais il n'y a pas lieu d'attendre l'expiration du délai de 6 mois pour que l'intéressé bénéficie des prestations de l'assurance de la longue maladie.

« 2° Le sujet doit être atteint d'une affection susceptible d'entraîner des conséquences graves pour sa santé ou de réduire d'une façon importante sa capacité de travail. *L'assurance contre la longue maladie ne doit, en effet, pas être considérée comme une simple extension de l'assurance-maladie* et ne doit pas permettre la prise en charge systématique de toutes les affections non guéries à l'expiration de celle-ci.

« 3° Il est nécessaire que celui qui est appelé à en bénéficier présente une affection dont on peut espérer, par un traitement approprié, soit la guérison, soit une amélioration telle que le sujet ne puisse être considéré comme un invalide aux termes de la loi, soit le maintien, grâce au traitement, dans un état de santé compatible avec la poursuite du travail.

« Par contre, un malade doit être placé d'emblée sous le régime de l'assurance-invalidité, lorsque son état n'est pas susceptible d'être traité avec succès ou lorsque l'affection dont il souffre ne comporte pas de traitement efficace.

« 4° Le bénéfice de l'assurance de longue maladie ne peut être accordé qu'après entente, entre le médecin traitant et le médecin-conseil, sur le traitement que doit suivre le malade.

« 5° Il n'est pas nécessaire que le malade se trouve dans l'obligation d'interrompre son travail.

« 6° Les prestations de l'assurance de longue maladie ne devront pas être accordées ou renouvelées pour une période supérieure à 6 mois. En effet, même si la maladie semble devoir évoluer pendant une période beaucoup plus longue, il est indispensable que le malade soit revu périodiquement pour s'assurer, d'une part, qu'il suit régulièrement le traitement qui lui est prescrit, d'autre part, que son état reste tel qu'il justifie le maintien de cette forme d'assurance. »

Décès de M. le Docteur G. Halberstadt, membre honoraire et de M. le Professeur J. Abadie, membre titulaire

M. Demay, président. — Messieurs, nous avons de nouveau à déplorer le décès de deux de nos collègues, le docteur G. Halberstadt et le professeur J. Abadie.

Le docteur G. Halberstadt, ancien interne des asiles de la Seine, médecin des asiles en 1906, était membre de notre Société depuis 1919. Sa carrière se déroula presque tout entière à l'hôpital psychiatrique de St-Venant, d'abord comme médecin adjoint, puis comme médecin-directeur. Très érudit, il était particulièrement documenté sur la littérature psychiatrique de langue allemande et fut un de ceux qui contribuèrent à faire connaître en France l'œuvre de Kræpelin. Outre ses analyses de publications étrangères, il a fait paraître de nombreux travaux personnels, parmi lesquels une série d'études très remarquables sur les psychoses préséniles. Avec lui disparaît un de ces médecins laborieux et cultivés qui, sans bruit, très simplement, savent associer les satisfactions de la recherche désintéressée au rigoureux accomplissement de leurs obligations professionnelles.

Le docteur J. Abadie, médecin des hôpitaux de Bordeaux en 1903, professeur agrégé en 1904, se consacra ensuite à la psychiatrie sous l'influence de Régis. Fait unique dans les annales des concours médicaux, il concourut pour l'agrégation de psychiatrie alors qu'il était déjà agrégé de médecine générale. Il eut le redoutable honneur de succéder à Régis en 1919 comme professeur de Clinique des maladies mentales. Plusieurs de ses élèves siègent parmi nous et peuvent témoigner de la valeur de son enseignement et de ses qualités professionnelles. Je n'entreprendrai pas d'énumérer ses travaux où se marque la constante préoccupation de rattacher les troubles psychiques à une cause organique. Il présida, en 1930 à Lille, la 34e session de notre Congrès, et vous n'avez certainement pas oublié le brillant discours qu'il prononça à cette occasion et sa subtile analyse de ce qu'il appela d'un mot très heureux la « Constitution Arganique ».

En votre nom, Messieurs, j'adresse à la famille de notre regretté collègue l'hommage de nos regrets et de nos condoléances.

Vacance de deux places de membre titulaire

Une place de membre titulaire résidant et une place de membre titulaire non-résidant sont déclarées vacantes. Les candidatures seront reçues jusqu'au dimanche 23 juin 1946. Les élections auront lieu à la séance du 28 octobre 1946.

Prix de la Société médico-psychologique

Prix Aubanel

Aucun mémoire n'a été déposé.

Prix Moreau de Tours

Après lecture d'un rapport de M. MINKOWSKI au nom d'une Commission composée de MM. Jean DELAY, J. DUBLINEAU et MINKOWSKI, rapporteur, la Société décide d'attribuer le *prix Moreau de Tours* à M. René DIGO, pour son mémoire : « Esquisse d'une structure temporelle des états dépressifs ». Ce prix donne à M. DIGO le titre de lauréat de la Société médico-psychologique.

Legs Christian

Conformément aux dispositions du legs Christian, le Bureau décide d'attribuer ce legs à Mlle le Dr Edith WOLFF, pour sa thèse intitulée : « Problème pathogénique de l'épilepsie et essai de thérapeutique étiologique ». Cette attribution ne comporte pas le titre de lauréat de la Société.

A propos de l'abrogation de l'ordonnance limitant les débits de boisson

Sur proposition du Bureau, la Société, après avoir pris connaissance de l'abrogation de l'ordonnance du 20 octobre 1945, relative à la limitation des débits de boisson, adopte, à l'unanimité des membres présents, la résolution suivante :

« *La Société médico-psychologique, société reconnue d'utilité publique, soucieuse de refléter l'opinion de la psychiatrie française, regrette l'abrogation de l'ordonnance du 20 octobre 1945 sur la limitation du nombre des débits de boisson, et attire l'attention des pouvoirs publics sur les conséquences d'une telle mesure tant au point de vue de l'hygiène mentale que de la moralité publique.* »

Cette résolution sera transmise à M. le ministre de la santé publique et de la population.

COMMUNICATIONS

Mariage et divorce chez les aliénés. Essai de démographie pathologique, par M. Paul NEVEU.

Les maladies mentales, en provoquant l'aliénation et sa sanction pratique, l'internement, créent d'importantes perturbations dans la vie sociale. L'étude démographique de cet ordre de faits est intéressante à deux points de vue : d'une part, il est utile de préciser l'importance de ces maladies et leur influence sur les phénomènes sociaux, et d'autre part les notions de sociologie et de démographie pathologiques ainsi dégagées permettront peut-

être de mieux comprendre ce qui se passe dans une population normale.

Nous avons étudié quantitativement le célibat, le mariage et le divorce sur une population de 801 aliénés de l'hôpital psychiatrique de Cadillac. Un groupe de 175 femmes nous a donné des chiffres qui ne nous ont pas permis des discriminations très fines. Chez 626 hommes, nous avons pu distinguer, selon l'âge auquel les sujets furent internés, des groupes qui donnent une appréciation plus nuancée des faits.

I. *Célibat et mariage.* — L'importance de l'aliénation comme cause de célibat apparaît dans une première statistique globale.

Sur 626 hommes, 411 sont célibataires, 215 sont ou ont été mariés, soit une proportion de 65 % de célibataires contre 35 % de sujets ayant contracté mariage.

Sur 175 femmes, 108 sont célibataires, soit 62 %, et 67, soit 38 %, sont ou ont été mariées.

A partir de ces chiffres, on pourrait se faire une idée de la gravité de l'aliénation mentale comme facteur de célibat dans la population totale. D'autre part, le nombre des mariages que vient perturber et souvent dissoudre pratiquement l'internement d'un conjoint apparaîtrait également comme considérable si l'on rapportait ces proportions au nombre total des aliénés internés.

Mais il ne suffit pas d'envisager ces chiffres globaux qui ne permettent pas de considérer en particulier l'influence de l'aliénation sur la nuptialité. En effet, dans cette première approximation figurent indistinctement des sujets qui, internés depuis de longues années, ne peuvent plus contracter mariage, et des sujets internés récemment mais que des troubles mentaux antérieurs ou des dispositions caractérologiques éloignaient du mariage. Pour faire ressortir ces derniers facteurs, nous avons divisé les sujets étudiés en groupes selon l'âge auquel ils ont été internés.

Age de l'internement	Célibataires	Mariés (1)	TOTAL
moins de 20 ans	67	0	67
de 20 à 24 ans	71	3	74
de 25 à 29 ans	78	15	93
de 30 à 39 ans	120	59	179
de 40 à 49 ans	50	88	138
plus de 50 ans	25	50	75
	411	215	626

(1) Nous considérons d'abord comme « mariés » les sujets ayant contracté mariage, même s'ils sont veufs ou divorcés.

Pour chaque groupe d'âge la proportion est la suivante :

Age de l'internement	Célibataires	Mariés
moins de 20 ans	100 %	
de 20 à 24 ans	96 %	4 %
de 25 à 29 ans	84 %	16 %
de 30 à 39 ans	67 %	33 %
de 40 à 49 ans	36 %	64 %
plus de 50 ans	33 %	67 %

Les sujets internés jeunes, en particulier jusqu'à 39 ans, sont plus fréquemment célibataires que mariés. Mais c'est l'inverse qui se produit pour les sujets internés au-dessus de 40 ans, ils sont plus souvent mariés que célibataires. Il est possible d'en présumer que les maladies mentales qui tardivement déterminent l'internement sont précédées d'une phase où la sociabilité et en particulier la tendance, sinon l'aptitude au mariage sont longtemps conservées.

Si l'on recherche la proportion des sujets composant chaque groupe par rapport à l'ensemble des célibataires d'une part, et des sujets mariés de l'autre, on aboutit aux résultats suivants :

Age de l'internement	Célibataires	Mariés
moins de 20 ans	16,4 %	0 %
de 20 à 24 ans	17,3 %	1,4 %
de 25 à 29 ans	18,9 %	6,9 %
de 30 à 39 ans	29,3 %	27,5 %
de 40 à 49 ans	12,1 %	41 %
plus de 50 ans	6 %	23,2 %

Ces chiffres montrent que le maximum des célibataires internés se situe entre 25 et 29 ans (en tenant compte de la durée double des périodes 30-39 et 40-49).

Le maximum pour les sujets mariés est situé entre 40 et 49 ans. En d'autres termes, on pourrait dire que les célibataires sont surtout internés entre 25 et 29 ans, alors que les sujets mariés le sont surtout entre 40 et 49 ans. Cette dernière période semble représenter chez les sujets mariés, c'est-à-dire qui ont eu une « sociabilité » présumée normale, une phase critique où l'aliénation se produit avec une particulière fréquence.

Chez les célibataires destinés à être internés, la phase critique est précoce. Le célibat peut être ici la conséquence des insuffisances congénitales d'une part, et d'autre part des prédispositions

ou caractères pré-morbides qui aboutissent aux affections précoces (démence précoce, schizophrénie) qui, en effet, altèrent gravement la sociabilité.

Nous constatons en effet que 81,9 % des sujets célibataires destinés à être internés le sont avant d'avoir atteint 40 ans.

D'autre part, 64,2 % des sujets mariés destinés à être internés le sont après 40 ans et 91,7 % le sont après avoir dépassé 30 ans.

Considérons maintenant les proportions dans chaque groupe d'âge de sujets mariés et célibataires par rapport à l'ensemble de la population étudiée :

Age de l'internement	Célibataires	Mariés	TOTAL
moins de 20 ans ...	10,7 %	0	10,7 %
de 20 à 24 ans	11,3 %	0,5 %	11,8 %
de 25 à 29 ans	12,4 %	2,4 %	14,8 %
de 30 à 39 ans	19,3 %	9,5 %	28,8 %
de 40 à 49 ans	7,9 %	14,1 %	22,0 %
plus de 50 ans	3,9 %	8 %	11,9 %
	65,5 %	34,5 %	

Plus de la moitié des internements, soit 53,7 %, est fournie par des célibataires internés avant d'avoir atteint 40 ans.

Par contre, les sujets mariés internés avant 30 ans ne contribuent que pour 2,9 % à la population totale des aliénés, comme si le mariage précoce excluait l'aliénation précoce.

II. *Le divorce.* — L'ordre de grandeur du nombre des divorcés (ou séparés) est le suivant :

Chez les hommes, 26 sujets sur 626, soit 4,1 %, sont divorcés, ce qui représente 12 % de ceux qui ont contracté mariage.

Chez les femmes, 6 d'entre elles sur 175, soit 3,4 %, sont divorcées, soit 8,9 % du nombre de celles qui sont ou ont été mariées.

Par groupes d'âges on obtient la répartition suivante :

Age de l'internement	Divorcés	% de sujets mariés
moins de 20 ans	0	0
de 20 à 24 ans	0	0
de 25 à 29 ans	1	6,6 %
de 30 à 39 ans	6	10 %
de 40 à 49 ans	12	13,6 %
plus de 50 ans	7	14 %
	26	12 %

Le nombre des sujets divorcés augmente donc sensiblement avec l'âge par rapport au nombre de sujets mariés atteints d'aliénation.

Par rapport à l'ensemble des sujets mariés et célibataires de chaque groupe et par rapport à l'ensemble de la population, les proportions sont les suivantes :

Age de l'internement	°/₀ du groupe d'âge	°/₀ de la population totale
moins de 20 ans	0	0
de 20 à 24 ans	0	0
de 25 à 29 ans	1,7 %	1,5 %
de 30 à 39 ans	3,1 %	9,5 %
de 40 à 49 ans	8,6 %	19,1 %
plus de 50 ans	6,6 %	11,1 %
		41,2 %

Les sujets divorcés sont donc le plus fréquemment internés de 40 à 49 ans. C'est à cet âge qu'ils fournissent leur contribution maxima à l'aliénation.

III. *Comparaison avec l'état matrimonial de la population française.* — Si nous comparons l'état matrimonial de la population hypothétique que nous étudions avec celui de la population de la France en 1936 (1), nous sommes amenés à faire certaines remarques :

Age de l'internement	Célibataires en 1936	Célibataires aliénés
de 15 à 19 ans	99,5 %	100 %
de 20 à 29 ans	56,1 %	90 %
de 30 à 39 ans	16,9 %	67 %
de 40 à 49 ans	9,5 %	36 %
de 50 à 59 ans	8,4 %	33 %

La proportion des sujets demeurés célibataires avant l'internement est considérable par rapport à la proportion des célibataires d'une population normale (1936).

Au delà de 30 ans, il y a chez les sujets devenant aliénés environ quatre fois plus de célibataires que dans l'ensemble de la population.

Entre 20 et 30 ans, alors que 43,9 pour 100 d'hommes sont

(1) Chiffres cités dans A. Landry : *Traité de démographie.*

mariés, 10 pour 100 de futurs aliénés seulement ont contracté mariage.

Pour le divorce nous obtenons les chiffres suivants :

Age de l'internement	Divorcés 1936	Aliénés divorcés
—	—	—
de 20 à 29 ans	3 0/00	8,5 0/00
de 30 à 39 ans	11 0/00	31 0/00
de 40 à 49 ans	14 0/00	86 0/00
de 50 à 59 ans	13 0/00	66 0/00

Cette comparaison montre que le divorce, qui est trois fois plus fréquent chez les aliénés jusqu'à 40 ans, devient environ six fois plus fréquent au delà de cet âge que dans la population globale.

La rareté du mariage, la fréquence du divorce ou de la séparation sont vraisemblablement en rapport avec les dispositions prémorbides qui généralement précèdent et préparent les maladies mentales. Etant donné l'importance des facteurs héréditaires dans le déterminisme de celles-ci, ces phénomènes sociaux semblent réaliser, avant même la mesure d'internement, une prophylaxie dans la propagation de l'aliénation.

Discussion

M Giscard. — Il serait intéressant de faire une recherche précise de la fréquence des divorces dans les cas des délires, de l'alcoolisme, des déséquilibrés, etc. Avez-vous pu faire une statistique ou une étude détaillée des divorces dans ces divers cas ?

M. Carrier. — Le pourcentage des cas de divorce avancé par M. Neveu me semble faussé et minimisé du fait qu'en l'état actuel la législation, en France, rend pratiquement impossibles le divorce ou la séparation des aliénés. J'ai dû ainsi récemment, sur l'instance de la famille, autoriser la sortie temporaire d'un grand malade, afin qu'il soit procédé à des mesures de séparation. Il s'agissait en l'espèce d'un sujet dont la femme, déjà mère d'un enfant adultérin, se trouve à nouveau en état de grossesse illégitime.

M. Neveu. — Il serait en effet très intéressant d'étendre, comme le propose M. Giscard, ces études démographiques aux diverses catégories de maladies mentales, en utilisant de plus larges statistiques.

La question du divorce, posée par M. Carrier, est très importante pour l'ensemble des malades internés. Mais ici, elle ne peut fausser une statistique fondée sur une population hypothétique d'individus dont l'état matrimonial est considéré avant leur internement.

Note sur l'originalité du pathologique d'après la psychanalyse et sur la valeur du complexe comme perspective structurale dans l'existence pathologique, par MM. L. Bonnafé, A. Chaurand, F. Tosquelles et A. Clement (de St-Alban).

L'expérience de la psychanalyse nous propose à nouveau le problème de l'originalité du pathologique, qui coiffe ceux des aspects structuraux. Dans cette expérience, en effet, il devient particulièrement nécessaire de considérer « la profonde identité de matière et l'essentielle diversité de structure du normal et du malade » dont parlait récemment Henri Ey (1).

Les données essentielles du problème nous sont données par deux considérations majeures :

D'une part, la psychanalyse a permis d'envisager le pathologique dans un rapport infiniment plus étroit avec les expériences de la vie antérieure, de telle sorte que l'événement morbide peut moins que jamais être envisagé comme une entité, une unité en soi, une néoformation sans racines. La conduite morbide devient une manifestation et un aboutissement du devenir concret du protagoniste.

D'autre part, dans la pratique psychanalytique, le champ des symptômes s'enrichit considérablement. La recherche des symptômes se libère aussi bien du jugement du malade ou de ses proches que des bornes établies par les schémas préétablis sur le plan biologique ou psychologique. L'analyste envisage avec la même attention toutes les manifestations du malade, n'importe quelle conduite est expressive et peut ouvrir des voies à la compréhension du cas. La mise en valeur d'un groupe plus significatif parmi la masse des conduites et récits se fait dans un but pratique, c'est-à-dire thérapeutique. Par exemple, il s'agit de montrer au malade la valeur et le sens de sa conduite morbide, ou bien d'organiser pour soi-même les matériaux de l'analyse en vue d'ouvrir des perspectives à la réadaptation sociale.

Ainsi on voit la psychanalyse :

1° mettre en valeur le fait que l'événement morbide continue la vie antérieure ;

2° noyer l'acte ou conduite privilégiée (du point de vue du malade, de la société ou de la nosographie) dans l'ensemble des manifestations actuelles de la vie du malade.

(1) Intervention aux Journées psychiatriques nationales de mars 1945, in *Le médecin français*, 25, XII, 1945.

Comme elle a fortement contribué, en outre, à montrer la similitude entre les mécanismes de construction du réel qui jouent à l'état pathologique et ceux qu'on dévoile en pathologie normale (projection, symbolisme, condensation, identification, etc...), elle paraît, dans une première approximation, tendre à effacer les limites du pathologique.

Mais cette thèse de l'identité du normal et du pathologique suppose son antithèse qui la nie et la fonde à la fois. Cette antithèse s'incarne dans le concept de régression, notion qui a pour origine certaines analogies cliniques entre la vie infantile ou primitive et la vie pathologique, qui s'appuie sur l'actualisation du passé exprimée par beaucoup de psychopathes, et qui satisfait l'idée de dynamisme dont la pensée scientifique actuelle est imprégnée.

C'est cette coexistence de la thèse et de l'antithèse, inaccessible à une philosophie non dialectique, qui caractérise l'originalité du pathologique.

Il faut dire d'ailleurs qu'il n'est pas indifférent que la régression soit provoquée par le soi-disant « épuisement de la Libido ou élan vital » par des isolements ou par des altérations de l'appareil de relation extérieure ou système nerveux. La forme et le niveau de l'homme (avec ses caractéristiques culturelles, sociales...) qui persévère dans son être et dans son unité à travers l'existence pathologique (même schizophrénique) ne sont pas davantage indifférents.

Cette conception vivante du malade permet de ne pas s'étonner des surprises de la pseudo-démence (catatonique en particulier), ni des merveilleuses récupérations éphémères après choc, ni des constatations inattendues de l'existence morale, rappelées récemment, fort à propos, par Baruk.

Il nous paraît intéressant de souligner ici l'intérêt que présente la confrontation de ces données avec certaines perspectives ouvertes par les aspects ambigus des relations fond-figure, telles que nous les avons esquissées dans un récent travail sur la Gestalt-théorie (*Société médico-psychologique*, 22-10-45).

Il convient maintenant d'envisager la contribution positive que peut apporter la psychanalyse au problème des structures. Nous pouvons penser d'emblée qu'il ne faudra pas en attendre une conception structurale suffisante, vraiment globale, de l'événement morbide.

La psychanalyse est en effet une technique établie en vue de découvrir *le contenu de la pensée ;* même lorsqu'elle aboutit à des hypothèses sur les « mécanismes de structure » (projection,

symbolisme, identification... etc...), elle ne se rapporte qu'à la pensée, même si on la « réalise » dans l'inconscient. Elle peut atteindre d'autres manifestations du sujet, mais secondairement, et, dans cette éventualité, les actes sont considérés, dans la conception habituelle, isolément, leur insertion dans l'unité de la vie se fait par référence à une réalité intérieure, la pensée, qui leur donne leur sens.

Or, l'événement morbide est une variation sur le thème de la vie personnelle qui s'exprime dans toute l'existence du sujet. Cette existence ne peut en aucun cas se réduire à la pensée, pas plus qu'à l'affectivité ou aux actes. Dans les aspects les plus facilement isolables comme appartenant à la « vie de l'esprit », elle ne laisse jamais d'être corporelle. Enfin, elle est un devenir dans une certaine mesure prédéterminable, sinon déterminé, par l'interprétation et l'intervention médicale.

Ces considérations tendent à confirmer que la psychanalyse ne peut nous fournir sur l'événement morbide que des aspects structuraux.

Cette limitation a été ressentie par les psychanalystes. Ainsi, dans le domaine de la psychologie normale, de Saussure tentait de rapprocher la psychanalyse d'une « psychologie générale », en l'espèce la psychologie génétique de Piaget (1). Sur le terrain du pathologique, Freud lui-même, comme le rappelait Lœwenstein à l'occasion d'une conférence d'Hesnard à l'Evolution Psychiatrique (2), concevait la structure des névroses comme une synthèse d'éléments constitutionnels et psychogénétiques, ce qui revient bien, dans une approximation encore rudimentaire, à rechercher l'intégration des aspects psychanalytiques de la personnalité dans une vue plus totale de l'homme.

Cette conscience des limites de la psychanalyse n'a d'ailleurs généralement amené ses praticiens qu'à un biologisme tout verbal qui, selon Hesnard, consiste à « traduire en termes biologiques applicables à l'homme des phénomènes de vie élémentaire tels que certains faits observés chez les organismes uni-cellulaires ». Ce biologisme mythique (dont nous avons récemment envisagé la critique avec nos considérations sur la notion d'instinct, *Société médico-psychologique*, 28-1-46) nous semble d'ailleurs souvent réactionnel au refus d'admettre la limitation que la technique psychanalytique, comme toute technique, dessine sur l'objet de son étude.

*
**

(1) VIII[e] Congrès des psychanalystes de langue française.
(2) *Du conflit au symptôme*, 14, III, 1939.

C'est dans l'œuvre de Lacan que nous trouverons les thèses les plus aptes à dégager les aspects structuraux de l'existence pathologique, tels que peut les mettre en évidence la perspective psychanalytique (1).

Ceci nous paraît dû à ce que Lacan utilise une conception à la fois large et concrète du complexe.

Celui-ci est une vision synthétique — dans une coupe horizontale — d'un ensemble de réactions d'ordres divers, devant une situation déterminée et personnelle, une vraie « tranche de vie » du type réclamé par Politzer pour une psychologie concrète. Pour préciser davantage, et selon une formule pour laquelle Lacan nous donnait récemment son accord, il s'agit de la situation même conçue comme une inter-relation humaine, l'attitude, la conduite et la perspective même du sujet étant comprises dans la situation.

Dans des coupes verticales, axées sur le devenir de l'homme, le complexe s'objective et s'incarne dans de nouvelles situations. Il s'exprime et se réalise selon les possibilités du développement atteint et en fonction du milieu social où le sujet est successivement placé.

Les expériences ou situations vécues, au fur et à mesure de leur apparition, conditionnent l'éveil du complexe qui lui-même transforme et organise la situation à son image.

Ce qui caractérise le complexe du point de vue structural, c'est son unité et son dynamisme spécifique. Son unité permet de superposer diverses situations comme équivalentes à un moment vital ou existentiel passé. Son dynamisme s'intègre en bloc dans la vie du sujet, faisant surgir de nouvelles situations, de nouveaux conflits, qui, dans une certaine mesure, sont sa reproduction dans des conditions différentes.

A vrai dire, c'est dans l'importance de cette stagnation que nous trouverons la signature du pathologique. L'évolution psychologique normale suppose une conquête de la liberté et une délimitation de la personnalité en évolution comme type social et culturel. Ce mouvement créateur trouve source et sens dans les conflits qui opposent continuellement l'existence humaine à la réalité.

Il faut dire qu'une telle évolution, dans tout son absolu, ne représente qu'un idéal de normalité. Notre histoire est, en fait, plus ou moins dysharmonique, notre unité plus ou moins cahotique.

(1) En particulier, d'après « les complexes familiaux dans la formation de l'individu », in *Encyclopédie française*, t. VIII : la vie mentale, la famille.

Ainsi conçu, le complexe, au delà de la compréhension qu'il apporte à la psychogenèse des conduites humaines particulières et des conséquences psychagogiques qui en découlent, constitue une des perspectives structurales à partir desquelles nous avons avantage à voir n'importe quel événement morbide.

Il conditionne l'attitude du malade devant son propre vécu morbide et devant sa situation de malade dans la société. Par la stagnation ou la régression déterminées par l'événement, il semble tout naturel que de vieux complexes s'actualisent, non d'une façon passive, mais avec un rôle important dans la détermination de la conduite du malade, voire l'évolution de ce que l'on peut appeler sa maladie.

Cette conception du complexe a permis à Lacan de préciser le concept d'identification. Celui-ci dépasse l'assimilation globale d'une imago vue de façon statique, il inclut le potentiel impliqué dans le développement par l'imago. L'identification devient une possibilité ouverte à des incarnations successives, un « germe » que le sujet développe différemment dans des circonstances différentes mais dont le développement exprimera toujours le même type d'inter-relation sociale ou imago, la même mélodie jouée par divers instruments aux diverses étapes du devenir.

C'est encore ce souci d'une psychologie concrète qui a permis à Lacan de décrire la phénoménologie de l'expérience psychanalytique considérée dans son unité concrète : l'inter-relation analyste-analysé (1). Sa description montre comment la possibilité du transfert est fondée sur les conditions mêmes de l'expérience : c'est le refus de l'analyste quant à devenir l'interlocuteur appelé par l'analysé qui permet les identifications successives dont il est l'objet, identifications qui sont à la base du transfert.

Si nous avons rappelé ici cette description de Lacan, probablement la plus brève, objective et vivante de celles qui ont pu être données des séances analytiques, c'est parce qu'elle montre une fois de plus la position centrale, dans les problèmes de la méthode, dans la recherche et l'activité pratique de l'inter-relation médecin-malade et le rôle de la technique scientifique, dans l'apparition et la transformation de l'objet de son étude. Elle prouve une fois de plus qu'il n'y a pas d'exploration sans action, principe commun de toute attitude scientifique moderne. Elle met en évidence, à propos de l'activité psychanalytique, un aspect « opérationnaliste » de la conception du rôle du médecin sur lequel nous avons récemment insisté ici même à propos du béhaviorisme (*Société*

(1) Au delà du principe de réalité. *L'Evolution psychiatrique*, 1936, III.

médico-psychologique, 18-12-45). Il nous paraît opportun de rappeler ici que cette attitude opérationnaliste, impliquant une conscience accrue du pouvoir du médecin sur le malade, doit être toujours présente et efficace, quelle que soit la perspective avec laquelle nous envisageons les aspects structuraux de l'événement morbide.

Sur l'apparition d'angoisse au cours d'interventions sur la région bulbaire, par MM. J. DAVID, J. TALAIRACH et H. HÉCAEN.

Le vaste appareil régulateur des fonctions psychiques, s'il semble avoir une représentation primordiale dans la région mésodiencéphalique, n'en est cependant pas moins influencé par les perturbations siégeant à un niveau inférieur, et notamment dans la région bulbaire.

Cette dernière notion a été mise en valeur depuis longtemps par de nombreux auteurs, et notamment par Brissaud, puis par Bonnier qui va jusqu'à parler de « centres euthymiques bulbaires » qui entretiennent le bien-être organique et dont les perturbations créent « l'anxiété générale ». Heckel également distingue l'affre bulbaire ou angoisse — phénomène non psychique — de l'anxiété — phénomène psychique —, et plus récemment Monakow et Mourgue décrivent la crise de « kakon » comme une libération d'un couple vraisemblablement bulbaire de nature automatique.

Très intéressante est l'observation, bien connue, de M. Reichardt, laquelle ajoute à toutes ces hypothèses les bienfaits d'une véritable expérience. Les perturbations observées au cours de cette piqûre accidentelle de l'hémibulbe entraînèrent non seulement des modifications profondes de la conscience, mais encore des perturbations affectives à caractère angoissant. C'est à propos de l'extériorisation de tels phénomènes dans les lésions bulbaires qu'il nous a paru intéressant de rapporter trois observations de manifestations angoissantes au cours d'interventions neurochirurgicales sur la région bulbaire.

OBSERVATION 1. — Claude X..., 10 ans. Après avoir pratiqué une trépanation sub-occipitale pour explorer la loge cérébelleuse, on découvre une tumeur intrabulbaire inopérable, triplant les dimensions habituelles du bulbe. Au moment où on délacère la leptoméninge péribulbaire, un peu épaissie, le petit malade, qui était allé sur la table

d'opération avec la psychologie habituelle d'un enfant, faite seulement de crainte de la souffrance mais sans aucune appréhension de la mort, s'est écrié d'une voix plaintive : « Assez..., assez..., assez, je vais mourir... » Il est alors impossible d'obtenir aucune autre réponse de la part du malade. Il est absolument immobile. Son silence et la fixité de son attitude inquiètent, mais sa respiration et le pouls sont seulement accélérés. Des demandes fortement répétées concernant son nom et la venue éventuelle de sa mère obtiennent finalement satisfaction, avec le minimum d'expressions.

Observation 2. — Mlle Rolande X..., 20 ans. Après avoir pratiqué un volet pour exploration de la loge cérébelleuse, on découvre des amygdales engorgées, une grande citerne bloquée, et, sur la face postérieure du bulbe, une tumeur rougeâtre très vascularisée pénétrant dans cet organe. Le bulbe est lui-même hyperhémié et très augmenté de volume. La tumeur est inopérable, mais l'aspect particulièrement globuleux du bulbe incite à tenter une ponction exploratrice à la recherche d'un kyste, seule éventualité permettant d'envisager le soulagement de la souffrance bulbaire. Cette ponction, qui ne découvre pas de kyste, mais semble avoir atteint un centre important de la vaso-motricité, entraîne une vaso-dilatation brusque quasi-explosive. Tous les vaisseaux deviennent turgescents et se mettent à saigner abondamment. L'œdème augmente à vue d'œil. Le cortex cérébelleux éclate sous la pression, créant de nouvelles hémorragies. Il n'y a pas de troubles du système respiratoire et cardiaque. Il a été malheureusement impossible de prendre la tension artérielle.

Dès que l'on a touché le bulbe pour délacérer le tissu arachnoïdien, la malade a parlé de mort ; au moment du déchaînement de la véritable tempête vasculaire, la malade gémissait : je vais mourir... Puis, plus tard seulement, s'est installé un état confusionnel.

Observation 3. — M. Pierre X..., 45 ans. Après avoir pratiqué un volet habituel pour exploration de l'angle ponto-cérébelleux, on découvre un énorme neurinome s'étalant très en arrière jusqu'à l'amygdale, comprimant la face externe du bulbe et surtout très en dedans, passant sous la face antérieure de la région protubérentielle, si bien que le bulbe, qui paraît étiré, aminci et pâle, se trouve coincé, en avant et en dehors, par la néoformation, et en arrière, par l'amygdale. Au moment de la désinsertion de la capsule tumorale de la face externe du bulbe et du paquet de nerfs mixtes, le malade s'écrie par à-coups : « Je n'en sortirai pas..., je vais mourir, finissons-en tout de suite. » Il est impossible d'obtenir une précision quelconque sur les sensations éprouvées. Le malade est absolument immobile et silencieux. Sur notre vive insistance, le malade s'écrie enfin : « *Vous me faites mourir.* » Vers la fin de l'opération, le malade, qui avait conservé toute sa lucidité, répondait encore avec le minimum de frais, mais avait repris sa mobilité.

Le fait le plus frappant de ce véritable cri d'alarme bulbaire qui prend jour dans la conscience du malade est son extrême austérité. Il n'y a pas de place dans l'esprit du malade pour un mouvement idéatif tant soit peu explicatif. Tous les efforts restent vains pour obtenir autre chose que l'expression fondamentale qui traduit, dans sa forme la plus simple, le danger présent et écrasant, la vision du danger suprême à écarter, l'angoisse sous sa forme la plus cruelle : *l'angoisse de la mort*. Et, si le malade paraît figé intellectuellement par le sentiment effroyable qui l'habite, il l'est également, bien souvent, dans sa motricité. Combien de fois se prend-on à craindre le pire devant un malade immobile, inerte, figé et silencieux, et pourtant capable de répondre quelques instants plus tard sans que l'on puisse retrouver aucune trace de confusion mentale ? Il nous semble intéressant de rapporter cette fixité physique engendrée par ce sentiment d'effroi de la réaction d'arrêt de l'animal effrayé.

La fréquence de ces manifestations n'apparaît pas grande dans les tumeurs de la fosse postérieure. Il faut bien dire que les conditions d'examen sont extrêmement précaires. Elles expliquent, aussi, les imprécisions d'examen que l'on voudrait pouvoir effacer pour mieux saisir le comportement du malade.

Il semble que l'apparition de l'angoisse traduise une souffrance bulbaire particulièrement importante. Aussi ne faudra-t-il pas s'étonner du pronostic souvent défavorable de son apparition. Cette angoisse de la mort apparaît, bien souvent, comme une prémonition qui peut, cependant, trouver sa réalisation de longs jours après.

Le terme « angoisse » est celui qui s'applique, nous semble-t-il, le mieux à ce syndrome, à condition toutefois d'évoquer par cette expression non pas seulement ce trouble physique qui se traduit, classiquement, par une sensation de resserrement, mais bien sur tout l'état de l'esprit submergé par le danger présent et écrasant. S'il s'agit là d'un phénomène à point de départ bulbaire qui s'est « corticalisé », insistons sur cette notion que la « cérébralisation » se fait d'une façon particulièrement grossière et diffuse. Dans ce sens il s'oppose à l'anxiété qui laisse place à une idéation beaucoup plus grande. Sans sortir du domaine de la neurochirurgie, il nous paraît intéressant de comparer ce phénomène avec les réactions anxieuses observées et signalées à plusieurs reprises par l'un d'entre nous dans les néoformations temporales avoisinant le tronc cérébral. Il semble, en effet, que si ces anxiétés n'ont pas encore la complexité et la richesse de celles que l'on observe dans les états névropathiques, elles n'en ont pas moins le

plus souvent un caractère beaucoup plus intellectualisé que les phénomènes que nous avons étudiés précédemment. Et pour reprendre les expressions de Mlle Boutonnier, si nos « bulbaires » vivent leur angoisse plus qu'ils ne la pensent, déjà ces anxieux pensent leur anxiété autant qu'ils la vivent.

C'est un fait particulièrement intéressant sur lequel nous aurons l'occasion de revenir.

Thérapeutiques étiologiques et thérapeutiques fonctionnelles. Place de la thérapeutique convulsivante (électrochoc), par M. Maurice Hyvert.

Voilà 11 ans que l'on connaît la thérapeutique convulsivante, et depuis les premiers résultats de von Meduna son emploi s'est largement généralisé. La plupart des opposants au cardiazol ont fini par se rallier à l'électrochoc (1).

Cependant, on observe encore trop souvent la réalisation aveugle et systématique d'un nombre élevé de crises convulsives chez des malades non choisis et à n'importe quelle période de l'évolution morbide. Il y a déjà longtemps que l'on sait qu'agir ainsi c'est aller au-devant d'échecs presque constants (2). Il convient donc d'essayer de dégager d'une longue expérience la place et les indications de la thérapeutique convulsivante.

Les faits nous enseignent qu'elle ne constitue en aucune façon un traitement de fond des maladies mentales. On ne traite pas plus les psychoses par l'électrochoc qu'on ne traite les arthrites par la mobilisation et les uréthrites par la dilatation.

Pour bien faire comprendre ce point de vue, des exemples sont nécessaires :

I. — B..., Julie, 60 ans. Etat dépressif avec anxiété. Idées délirantes de ruine, idées de suicide. Basedow léger. On pratique d'abord 3 séries de 5 crises convulsives à un mois d'intervalle chacune : aucune amé-

(1) Le terme d'électro-choc a le défaut de laisser croire que la thérapeutique convulsivante date de son application, ce qui permet de raviver des discussions périmées sur les dangers et l'opportunité du traitement. En outre, le mot « choc » permet de grouper sous le nom de thérapeutiques de choc, de phénomènes biologiques aussi disparates que la stimulation du système réticulo-endothélial par les sels d'or, l'élévation thermique de l'électropyrexie, le brassage de l'appareil kinétoplasmique par la thérapeutique convulsivante, etc. Il y a là un abus de langage évident et regrettable.

(2) M. Hyvert. — Les conditions d'action de la thérapeutique convulsivante. *Ann. méd.-psych.*, octobre-novembre 1942.

lioration. Un traitement au Lugol fait passer le pouls de 120 pulsations à 80 pulsations à la minute. Une crise convulsive suffit alors à provoquer la guérison, qui se maintient après plusieurs années.

II. — M..., Hélène, 55 ans. Mélancolie anxieuse avec hypocondrie et délire de ruine. Au début le cardiazol (10 crises) provoque une aggravation du syndrome. La chrysothérapie entraîne, en quelques mois, une amélioration physique considérable, sans changement dans l'état mental. A ce moment, une seule crise cardiazolique amène une guérison immédiate et durable.

Quel a été, dans ces deux observations, le facteur décisif ? La thérapeutique convulsivante employée seule a été sans action. Après traitement étiologique, elle a provoqué une guérison théâtrale.

III. — H..., Robert, 47 ans. Mélancolie avec idées délirantes de damnation. Dix crises cardiazoliques permettent une reprise du travail. Mais le délire persiste. En un an, à deux reprises, une aggravation est enrayée par la thérapeutique convulsivante, cependant impuissante à entraîner une guérison totale. A cette époque, des facteurs mal observés au début commandent la chrysothérapie. Après 3 mois, la guérison est totale et elle se maintient depuis 5 ans.

Chez ce malade, la thérapeutique convulsivante, en lui permettant de conserver son activité professionnelle, l'a empêché de sombrer dans une chronicité irréductible : rôle fonctionnel. Mais la guérison n'a été obtenue que par les sels d'or : rôle étiologique.

IV. — M..., Amélie, 52 ans. Mélancolie avec idées de damnation. La thérapeutique convulsivante se montre, au début, sans action. La chrysothérapie entraîne, en 4 mois, une amélioration physique importante. Une courte série de crises convulsives provoque alors une atténuation de l'anxiété. Une nouvelle série, 2 mois plus tard, permet la reprise d'un travail automatique, mais le syndrome initial persiste presqu'au complet. Un an plus tard, l'état est le même. La chronicité paraît établie. La malade est conduite chez elle contre sa volonté. Dès la sortie de l'asile et en quelques heures, elle reprend un comportement absolument normal.

Cette observation est plus complexe. Il est vraisemblable que le choc provoqué par la sortie de l'asile, action fonctionnelle, aurait été sans action, sans les thérapeutiques antérieures, y compris la rééducation pragmatique.

V. — S..., Jean, 20 ans. Début par accès confusionnel avec excitation intellectuelle et agitation. Rapidement, la confusion s'atténue et il per-

siste un état d'excitation très atypique et de mauvais augure. Etat subfébrile, amaigrissement, test tuberculinique positif, sédimentation sanguine : 30 0/0. Une première série de 5 crises convulsives aggrave l'excitation et ramène la confusion. Le malade, maintenu au lit, reçoit un traitement par les sels d'or. L'état physique s'améliore rapidement, mais, au bout de 3 mois, apparaît un syndrome schizophrénique avec indifférence, apathie, rires immotivés, dissociation idéo-affective. Sans arrêter les sels d'or, on pratique 3 crises convulsives par l'électrochoc et la présentation du malade se modifie : il est calme, souriant, reprend contact avec l'interlocuteur, mais reste assez indifférent. On le met au travail et il s'y intéresse peu à peu. On cherche, par des conversations fréquentes, à l'intéresser à sa famille et au monde extérieur. Les visites sont multipliées. Au bout de 6 mois il peut sortir, amélioré mais non guéri. Il se montre rapidement capable de reprendre son ancienne activité. Il est revu quelques mois plus tard et ne présente plus aucune trace de l'état morbide.

Il est certain que chez ce malade l'action d'un seul des facteurs thérapeutiques aurait été insuffisante. Mais l'omission d'un seul d'entre eux aurait compromis la guérison. Après les sels d'or, rôle étiologique, l'électrochoc a permis l'emploi immédiat des autres thérapeutiques fonctionnelles et de gagner ainsi sur la persistance mentale morbide et sur l'irréversibilité un temps précieux. Le malade n'a pas alors arrêté de faire des progrès lents, mais durables.

Ces observations très banales comportent des enseignements précieux. Nous voyons se classer d'eux-mêmes deux ordres de thérapeutiques : les thérapeutiques étiologiques et les thérapeutiques fonctionnelles.

1° *Thérapeutiques étiologiques.* — Il ne semble pas que l'on fasse habituellement une place suffisante aux thérapeutiques étiologiques. Cependant lorsque l'une d'elles est appliquée judicieusement la guérison se produit avec une constance remarquable. Des recherches poursuivies depuis plus de 15 ans conduisent à admettre qu'un très grand nombre de psychoses primitives (plus de 70 %), quel que soit le diagnostic, peuvent être rattachées à une infection tuberculeuse larvée, non évolutive, bien supportée par l'organisme et agissant vraisemblablement par ses toxines. L'application précoce de la chrysothérapie et de la tuberculinothérapie suffit souvent à entraîner la guérison, même dans les cas où le pronostic est habituellement réservé.

2° *Thérapeutiques fonctionnelles.* — Par suite de lésions difficilement réversibles et plus souvent par suite d'un phénomène de persistance mentale morbide, la disparition du facteur étiologi-

que principal n'entraîne pas toujours une amélioration parallèle dans l'état mental. On est alors obligé d'avoir recours aux thérapeutiques fonctionnelles dont les principales sont les suivantes : thérapeutique convulsivante, psychothérapie, rééducation pragmatique, réadaptation sociale. Dans cet arsenal thérapeutique, le rôle de l'électrochoc est primordial. Il suffit parfois à lui seul à entraîner une guérison totale, après disparition du syndrome étiologique. Mais très souvent il ne fait que dissocier les habitudes morbides et ouvre la voie à la psychothérapie et aux autres thérapeutiques fonctionnelles. Leur action devient d'une efficacité beaucoup plus grande et se manifeste avec une rapidité autrefois inconnue. Elles ne doivent pas être négligées et achèvent l'œuvre souvent incomplète accomplie par la thérapeutique convulsivante.

Tous ces facteurs thérapeutiques sont donc solidaires les uns des autres. N'employer qu'un d'entre eux est habituellement insuffisant et en omettre un seul compromet le succès.

3° *Schéma thérapeutique.* — *a*) Le malade est en période aiguë (anxiété, agitation, confusion). Il faut surtout éviter de faire des électrochocs qui ne font qu'aggraver le syndrome. L'application d'une thérapeutique étiologique (7 fois sur 10 sels d'or à continuer longtemps) entraîne une amélioration de l'état physique. S'il y a persistance mentale morbide, un à trois électrochocs suffisent en général à faire disparaître le syndrome psychopathique. Il sera suivi, si besoin est, des autres thérapeutiques fonctionnelles.

En cas d'échec, il est inutile d'insister sur l'électrochoc qui ne sera repris qu'après une nouvelle application de la thérapeutique étiologique.

b) La période aiguë est passée, mais il s'agit d'un malade relativement récent. Une série de deux ou trois électrochocs peut être pratiquée. Si aucun résultat n'est obtenu, ou si l'on obtient un résultat transitoire, on agit comme dans le premier cas.

c) Il s'agit d'une affection déjà ancienne. On peut commencer par faire des électrochocs, mais uniquement par courtes séries. Les longues séries (plus de 5) ne donnent aucun résultat, fatiguent le malade et provoquent des troubles mnésiques et confusionnels. Le traitement étiologique est moins actif, mais loin de le négliger il convient de l'appliquer avec une persévérance opiniâtre.

Tous les deux ou trois mois on cherche quelles sont les possibilités d'amélioration du malade en pratiquant quelques crises convulsives. Il vient un moment où une transformation se produit.

Elle est exceptionnellement complète, et c'est là qu'intervien-

nent comme des facteurs de première importance les autres thérapeutiques fonctionnelles : psychothérapie, rééducation pragmatique, réadaptation sociale. On peut affirmer qu'il est inutile de faire des électrochocs à un malade chronique que l'on doit ensuite abandonner à lui-même.

Cette manière d'agir a fait ses preuves. Elle a permis d'obtenir dans un établissement soumis à la loi de 1838, 70 % de sorties par rapport au nombre des entrées. Elle précise les conditions d'emploi et les indications de la thérapeutique convulsivante trop souvent pratiquée au hasard. Enfin elle nous enseigne qu'il est peu de maladies mentales irréversibles au début de leur évolution.

Discussion

M. G. Ferdière. — L'intéressante communication de M. Hyvert appelle quelques remarques.

1° La distinction entre thérapeutiques étiologiques et thérapeutiques fonctionnelles, si elle est facile du point de vue théorique, est extrêmement difficile dans la pratique psychiatrique.

2° Je remercie M. Hyvert d'avoir bien voulu rappeler mes travaux sur les « sorties prématurées » et mon expression de « psychochocs ». M. Hyvert considère les guérisons que j'ai obtenues par la sortie prématurée comme des cas de ce qu'il appelle la « persistance mentale morbide » ; à l'entendre, dans de tels cas, il faudrait retenir l'influence des thérapeutiques antérieurement instituées ; je crois, au contraire, qu'il s'agissait de psychoses dues à l'internement lui-même, ou « asilaires ».

3° Les seules complications graves de l'électro-choc sont les complications *vertébrales* soulignées dans la thèse de mon interne, G. Latrémolière ; elles sont beaucoup plus fréquentes que ne le croit M. Rondepierre : un grand nombre d'électro-choqués présentent des algies para-vertébrales persistantes et des examens radiographiques montrent des tassements vertébraux. J'ai montré, avec Latrémolière, les points d'élection (variables avec l'âge) de ces tassements et l'importance du couple « os-muscles » dans leur étiologie. Pour éviter ces accidents, il importe d'étendre le malade sur un plan dur, avec la région dorsale supérieure et cervicale bien sur le même plan que le reste du corps ; celui-ci doit être maintenu d'une manière assez forte.

M. Ach. Delmas. — Puisque M. Rondepierre, l'initiateur en France de la méthode, faisait allusion aux précautions à prendre dans la position des malades pour l'électro-choc, je serais heureux qu'il nous donne des indications précises sur ce point. Pour ma part, je crois devoir laisser le maximum de liberté au malade et je n'ai eu aucun

accident. Il est vrai que je n'ai à mon actif qu'un millier d'électro-chocs.

M. Rondepierre. — Je n'ai observé, en tout et pour tout, que trois fractures, depuis que je fais de l'électro-choc. M. Latrémolière a bien voulu m'envoyer sa thèse. J'y ai été surpris du grand nombre de fractures constatées par lui ; je n'ai notamment jamais provoqué de fractures vertébrales ; j'ai choqué sans incident des malades qui en avaient eu dans d'autres maisons de santé, 5 à 6 mois auparavant ; je sais que ces sujets n'avaient pas été, au cours de la crise, maintenus comme je le préconise, c'est-à-dire : position horizontale sur un matelas assez dur, cuisses et bassin maintenus sur le plan du lit, bras maintenus contre le thorax ; opposition (non absolument rigide) à l'ouverture de la bouche, en tenant le menton dès que le courant a passé.

M. Donnadieu. — Les différences de résultats obtenus par ceux qui utilisent l'électro-choc viennent sans doute du fait qu'un même syndrome mental peut avoir des étiologies diverses. C'est ainsi que, si on pratique des examens du liquide céphalo-rachidien chez des mélancoliques, on peut trouver, dans certains cas, de l'hyperalbuminose, et découvrir, dans les antécédents immédiats des douleurs articulaires, une sciatique, par exemple. Il semble que, dans de telles éventualités, l'électro-choc n'agira qu'après disparition (thérapeutique ou spontanée), des phénomènes infectieux.

M. Daumézon. — J'ai récemment constaté une luxation postérieure, accident extrêmement rare dans la pathologie de l'épaule. La malade était placée le bras en rotation interne.

M. Ach. Delmas. — J'ai suivi, avec le plus grand intérêt, la communication de M. Hyvert, et je crois très judicieux l'ensemble des moyens thérapeutiques qu'il préconise. J'ai été, cependant, un peu étonné de le voir parler des états mélancoliques comme s'il ne s'agissait pas d'états éminemment curables et spontanément curables. On sait pourtant, depuis toujours, que de tels états ont d'habitude guéri avec tous les traitements et même sans traitements. Comme les observations de M. Hyvert se rapportent à des malades qui n'ont guéri qu'après un assez grand nombre de mois, on ne sait plus s'ils ont guéri naturellement ou par suite de la thérapeutique mise en action. M. Hyvert a omis de nous dire s'il y avait déjà eu, chez quelques-uns de ses malades, des accès antérieurs ; comme les accès tendent à se reproduire, dans des conditions de durée souvent équivalentes, ç'eût été un moyen de se rendre compte si l'accès traité pouvait être, ou non, considéré comme ayant guéri spontanément.

Dans l'interprétation de la thérapeutique convulsivante, il faut tenir compte des cas où on obtient une guérison rapide en 4 ou 6 choce, comme cela se produit ; dans ces cas, l'action de l'élec-

tro-choc est indubitable. S'il s'agit de cas où les premières séries n'ont rien donné, ou si on n'a un résultat que dans une 3e ou 4e série même courte après plusieurs mois d'évolution, on ne peut rien conclure à l'actif de l'électro-choc.

En conclusion, je crois qu'il faut suivre M. Hyvert dans ses indications thérapeutiques, mais rester réservé dans l'interprétation des résultats.

M. Coulonjou. — Je m'associe pleinement aux vues exprimées par M. Hyvert, et pourrais citer le cas d'un malade observé avec le professeur Lhermitte et M. J.-F. Buvat : confuso-mélancolie évoluant vers un état dissociatif très grave, paraissant conditionnée par une tuberculose rénale. Après néphrectomie, on n'observe qu'une légère amélioration passagère suivie de nouveau d'un état de pronostic sévère. Un seul électro-choc suffit, à ce moment-là, pour guérir le malade d'une façon définitive. Cette guérison se maintient actuellement depuis 3 ans.

M. Hamel. — Dans les services de l'asile de Maréville, où nous avons pratiqué, depuis 1943, plus d'un millier d'électro-chocs, nous n'avons eu qu'un nombre infime d'accidents, et nous n'avons observé aucune fracture de la colonne vertébrale. Les rares accidents qui se sont produits ont eu lieu au début de notre pratique. Comme M. Rondepierre, nous avons l'habitude de maintenir doucement les malades pendant la crise, et cette pratique donne certainement les meilleures garanties. Nous pratiquons toujours une radioscopie avant traitement, en vue de dépister les diverses contre-indications, et en particulier la décalcification osseuse.

Je suis d'accord avec M. Hyvert dans sa conception du traitement des états dépressifs, dans lesquels les notions étiologiques permettent d'établir parfois une thérapeutique rationnelle. Celle-ci doit intervenir dès le début de la maladie, quand ce ne serait que sous forme de médications destinées à relever l'état général. L'électro-choc intervient ensuite plus efficacement.

Dans d'autres cas, la guérison peut être le résultat d'une thérapeutique de choc, appliquée précocement et destinée à interrompre le cercle vicieux des causes somatiques et psychiques. La cure étiologique peut ensuite intervenir comme traitement de consolidation.

M. Marchand. — Les fractures vertébrales au cours de la thérapeutique convulsive doivent être fréquentes en Amérique. Dans un travail paru dans le numéro de janvier 1941 de *The American journal of Psychiatry*, plusieurs auteurs donnent le moyen de les éviter au moyen d'une technique hyperextensive. Le malade est étendu sur une table ; on place sous sa région dorsale un sac de sable ; ses épaules et ses hanches sont maintenues sur la table manuellement avec une certaine force. Les auteurs n'ont jamais observé de fracture en agissant ainsi.

Le test d'Aron dans la démence précoce,
par MM. Jean Delay et André Soulairac.

On sait depuis longtemps que la thyroïde et l'hypophyse sont en relations intimes, mais c'est surtout depuis 1929 que les travaux de Aron, de Lœb et Basset, de Watrin et Florentin ont démontré l'action stimulante sur la thyroïde des extraits de lobe antérieur d'hypophyse. Ce principe thyréotrope, dénommé par Aron thyréo-stimuline, peut être retrouvé en petite quantité dans l'urine et le sérum sanguin de l'homme (Aron, 1930). Cet auteur a proposé ainsi une méthode de titrage biologique de l'activité anté-hypophysaire, basée sur les variations histologiques de la thyroïde du cobaye inoculé (1). La technique en est la suivante : on injecte 15 cc. d'urine en trois jours à des cobayes de moins de 200 gr., qui sont autopsiés le 4e jour pour prélèvement de la thyroïde. L'urine du sujet normal donne la réaction thyroïdienne suivante : élévation pondérale de 40 % environ, manifestations d'hyperactivité glandulaire (surtout localisée au centre de la glande) se traduisant par l'hypertrophie de l'épithélium vésiculaire et l'apparition de vésicules de résorption au pourtour de la colloïde. Un cobaye témoin, de même âge et de même poids, facilite l'interprétation des réactions.

Nous avons soumis à ce test les urines d'un certain nombre de déments précoces dont l'affection était cliniquement bien confirmée, ainsi que celles de malades au début de l'affection. Pour nous permettre des éléments d'appréciation plus aisés, nous avons également étudié les urines de quelques sujets normaux ainsi que celles de deux myxœdémateux et de deux hyperthyroïdiens. Les sept sujets normaux étudiés ont donné des réponses homogènes, tout à fait conformes aux réactions décrites par Aron.

Pour obtenir une comparaison et une lecture faciles des résultats de nos différents tests, nous avons adopté le code de notation suivant :

a) La hauteur de l'épithélium est appréciée de +++, très grande épaisseur, à — — —, épithélium très plat.

b) La vacuolisation est jugée de la même façon : — — —, absence totale de vacuoles, et +++, vacuolisation presque complète de la colloïde.

c) L'état de la colloïde est noté +++ lorsqu'elle est compacte,

(1) M. Aron. — Méthode biologique de diagnostic des états d'hyperactivité et d'hypoactivité de la préhypophyse chez l'homme. *C.R. Soc. Biol.*, 1930, 105, 585.

bien colorée, remplissant complètement la vésicule, et — — — quand elle a presque complètement disparu.

Ces différents indices permettent d'apprécier d'une façon très simple l'état histologique de la thyroïde de l'animal-réactif.

Nos différentes déterminations sur des animaux témoins de poids divers et sur des sujets normaux nous ont donné les résultats suivants, exprimés selon notre code :

	Épithélium	Vacuoles	Colloïde
cobaye de 120 gr.	+	— —	+ +
cobaye de 150 gr.	+	— —	+
cobaye de 170 gr.	+	— —	+
cobaye de 200 gr.	+	+	+
homme de 50 ans	+	+ +	+
homme de 20 ans	+	+ +	—
femme de 40 ans	+ +	+	+

La réaction pratiquée avec les urines de myxœdémateux et d'hyperthyroïdiens a donné les résultats :

	Épithélium	Vacuoles	Colloïde
myxœdème (f. de 15 ans) ..	— —	— — —	+ + +
myxœdème (h. de 23 ans) ..	— —	— — —	+ + +
hyperthyroïdie (f. de 34 ans)	+ + +	+ + +	— — —
hyperthyroïdie (f. de 41 ans)	+ + +	+ +	— —

Nous avons pratiqué le test d'Aron chez 25 malades des deux sexes, atteints de démence précoce. Voici nos résultats :

		Épithélium	Vacuoles	Colloïde
I.	homme de 24 ans ..	+	—	+ + +
II.	femme de 28 ans ..	— — —	— — —	+ + +
III.	homme de 29 ans ..	— —	— — —	+ + +
IV.	femme de 30 ans ..	— —	— — —	+ +
V.	femme de 26 ans ..	—	— — —	+ +
VI.	femme de 36 ans ..	+	+	+ +
VII.	homme de 25 ans ..	+	—	+ +
VIII.	femme de 18 ans ..	—	— —	+ +
IX.	homme de 32 ans ..	+ +	— —	+ +
X.	femme de 27 ans ..	— — —	— — —	+ + +
XI.	femme de 19 ans ..	— —	— —	+ + +
XII.	homme de 28 ans ..	—	—	+ +
XIII.	homme de 34 ans ..	— — —	— —	+ +
XIV.	homme de 30 ans ..	+	+	+ + +
XV.	homme de 32 ans ..	+	— —	+ + +

	Epithélium	Vacuoles	Colloïde
	—	—	—
XVI. homme de 25 ans ..	+	— —	+
XVII. femme de 22 ans ..	+	— —	+ +
XVIII. femme de 27 ans ..	+	— —	+ +
XIX. femme de 20 ans ..	—	— —	+ +
XX. femme de 27 ans ..	— — —	— — —	+ +
XXI. femme de 29 ans ..	—	— — —	+ +
XXII. femme de 19 ans ..	— —	— — —	+ +
XXIII. femme de 27 ans ..	—	— —	+ +
XXIV. femme de 17 ans ..	— —	— — —	+ + +
XXV. femme de 24 ans ..	+	+	—

Le fait le plus saillant qui apparaît à l'examen de ces résultats est le caractère négatif du test d'Aron chez les déments précoces. En effet, chez la plupart de nos malades, l'urine ne provoque aucune réaction sur la thyroïde du cobaye : l'épithélium reste plat, la colloïde très dense et fortement colorable, et il n'apparaît pas de vacuoles au pourtour de la colloïde. Sur notre lot de malades, douze ne provoquent aucune réaction thyroïdienne. Mais il semble, de plus, que chez les treize autres sujets, la thyroïde de l'animal injecté soit même en-dessous de l'état habituel de celle d'un cobaye de même poids et de même âge. Ce phénomène, qui nous a beaucoup intrigué, semble assez délicat à interpréter : s'agit-il d'une action toxique anti-thyroïdienne de l'urine ou bien d'une action à point de départ hypophysaire ? En tout cas, l'aspect histologique du phénomène est intéressant à constater.

Nos observations montrent donc que chez les déments précoces, le test d'Aron est pratiquement négatif, ce qui peut s'interpréter comme le résultat d'une déficience dans l'élimination urinaire de principes anté-hypophysaires à action thyréo-stimulante. Les résultats ainsi obtenus sont analogues aux constatations faites avec les urines de myxœdémateux, où la déficience thyréo-hypophysaire est bien connue.

Nous devons d'autre part signaler la fréquence avec laquelle nous avons constaté la diminution du métabolisme basal chez les hébéphrènes, diminution qui semble d'ailleurs être très précoce dans l'évolution de l'affection.

Si donc une déficience de la fonction thyroïdienne dans beaucoup de syndromes de démence précoce, comme l'ont déjà signalée d'assez nombreux auteurs, en particulier C. Osorio (1928) et R. G. Hoskins et F. H. Sleeper (1929), est une constatation bien assise, il semble plausible par ailleurs d'attribuer son origine à un trouble hypophysaire ou infundibulo-tubérien. D'autre part,

notre attention a été attirée sur les travaux récents de Hemphill (1) et de Hemphill et Reiss (2) sur les troubles de la lignée séminale chez les déments précoces. Ces travaux, ainsi que nos observations personnelles sur les troubles de la fonction ovarienne chez ce même genre de malades, contribuent à mettre l'accent sur la vraisemblance d'une communauté d'origine de tous ces troubles endocriniens, à savoir un trouble du fonctionnement du complexe hypothalamo-hypophysaire.

Troubles moteurs hystériques et troubles délirants épisodiques chez les débiles mentaux. Guérison par la convulsivothérapie, par M. A. Donnadieu.

La lecture de l'ouvrage de M. Delmas-Marsalet (3) montre que cet auteur n'a obtenu que des résultats peu encourageants dans le traitement des troubles hystériques par l'électrochoc. MM. Lapipe et Rondepierre (4) indiquent au contraire quelques succès dus à la convulsivothérapie. Cette méthode thérapeutique m'a donné des résultats extrêmement intéressants dans des troubles moteurs de type hystérique survenant chez des débiles mentaux, que j'aie eu recours au cardiazol au début ou à l'électrochoc par la suite. Je crois utile d'en rapporter quelques exemples, dont certains choisis parmi les cas qui s'étaient montrés rebelles aux thérapeutiques classiques.

Observation I. — Plicature et mutisme pithiatiques.

Tirailleur B. ben A. Jeune recrue envoyée à l'hôpital neuro-psychiatrique, le 27 décembre 1939, avec le diagnostic d'hébéphréno-catatonie. Faciès de débile mental. Se présente à l'examen complètement plié en deux, les yeux à demi-fermés, en état de mutisme total. Pas de contracture catatonique. L'examen physique, en particulier du système nerveux, ne montre aucun signe anormal. Meinicke dans le sang négatif, liquide céphalo-rachidien normal. Il paraît s'agir plutôt de phénomènes pithiatiques que de troubles hébéphréniques.

En l'absence d'appareillage électrique spécial, on décide de tenter un traitement convulsivant au cardiazol. Dès la première injection, suivie d'une forte crise, la plicature disparaît. On continue les

(1) R. E. Hemphill. — The significance of atrophy of the testes inschizophrenia. *J. of Ment. Sci.*, 1944, 90, 696-709.

(2) R. E. Hemphill et M. Reiss. — Serum gonadotrophin and testes biopsy in the treatment of schizophrenia. *J. of Ment. Sci.*, 1945, 91, 1-7.

(3) Delmas-Marsalet. — *L'électro-choc thérapeutique et la dissolution-reconstruction.*

(4) Lapipe et Rondepierre. — Contribution à l'étude physique, physiologique et clinique de l'électro-choc.

injections, à raison de deux par semaine, et, le lendemain de la troisième, le malade se met à parler, alors que, dit-il, il ne parlait plus depuis quatre mois. Il est plus éveillé. Dès la cinquième injection, le sujet paraît normal, se mettant au garde-à-vous à l'arrivée du médecin, répondant correctement aux questions posées, compte tenu de la débilité mentale sous-jacente.

Il peut quitter l'hôpital aussitôt sa réforme obtenue.

Observation II. — Troubles de la marche, mutisme, anesthésie pithiatiques.

Ah. ben M., militaire ayant un an de service. Envoyé pour contracture pithiatique et débilité mentale. Se présente soutenu par un infirmier, marchant les jambes raides et croisant les pieds. La face est constamment déformée par des grimaces transformant la bouche en groin de porc. Le mutisme est complet, mais le malade comprend tout ce qu'on lui dit, montrant son larynx pour expliquer son silence. Sa mimique exprime qu'il souffre au niveau des genoux et des hanches ; invité à se déshabiller, il le fait correctement. L'examen physique est presque nul : strabisme intermittent, réflexes rotuliens vifs, sans Babinski ni trépidation épileptoïde. Anesthésie à la piqûre sur tout le corps.

Le Meinicke dans le sang est négatif, le liquide céphalo-rachidien normal. Le malade a été traité sans succès par le torpillage dans un autre service. Les 27 et 30 décembre 1940, le 2 janvier 1941, on pratique trois injections intra-veineuses de cardiazol suivies de crises convulsives ; dès le lendeman de la deuxième injection, la malade parle, marche normalement. Il sort guéri quelques semaines plus tard, cependant l'anesthésie à la piqûre persiste.

Observation III. — Parésie pithiatique des membres inférieurs.

M. ben D., tirailleur ayant 13 mois de service. Se présente marchant lentement, à petits pas, en croisant les pieds. Se plaint de douleurs dans les genoux. L'examen mental est négatif. L'examen physique ne décèle que peu de chose : pas d'atrophie musculaire, les réflexes tendineux sont vifs de façon générale, sans Babinski ni trépidation épileptoïde. Hypoesthésie à la piqûre des membres inférieurs remontant jusqu'à la ceinture pelvienne, la piqûre n'étant ressentie que comme un attouchement.

Le Meinicke dans le sang est négatif, le liquide céphalo-rachidien normal. Le malade a été traité sans succès par le torpillage dans un autre service.

Les 27 et 30 décembre 1940, et le 2 janvier 1941, on pratique trois injections intra-veineuses de cardiazol suivies de crises convulsives. Dès le lendemain de la deuxième, la marche redevient correcte, la sensibilité à la piqûre est devenue normale. Le malade se met à travailler et sort guéri quelques semaines plus tard.

Observation IV. — A la suite de la mort d'un jeune neveu, Mlle Gui., Lucienne, 30 ans, se plaint de troubles variés : douleurs gastriques,

céphalées, ronflements dans la tête, puis manque de force dans les membres inférieurs, aboutissant progressivement à une véritable paraplégie flasque. Mais l'examen neurologique ne montre ni diminution de la force musculaire, ni signe de Barré, ni signe de Babinski, ni signes cérébelleux. Pas de troubles sensitifs. Seuls les réflexes rotuliens et achilléens sont vifs. L'examen mental montre une assez grosse déficience intellectuelle. Tous les phénomènes moteurs, ainsi que les anomalies subjectives de la sensibilité, disparaissent à la suite de quelques électro-chocs.

Observation V. — Mlle C. est une jeune fille de 20 ans chez qui s'est installée, à la suite d'ennuis sentimentaux, une paraplégie flasque totale avec parésie des membres supérieurs. Lorsque je la vois, il y a un an et demi que sa famille la promène dans une petite voiture. Les différents médecins qu'elle a consultés l'ont considérée comme une pithiatique probable, mais toutes les thérapeutiques instituées sont restées sans effet.

A l'examen, on constate une paraplégie absolue. Mise debout, Mlle C. s'effondre. Du côté des membres supérieurs, l'immobilité n'est pas absolue, cependant la malade peut à peine se servir de ses mains pour manger et ne peut se coiffer. L'examen physique ne montre aucun signe neurologique anormal. L'examen mental donne la preuve de la débilité intellectuelle.

Après deux électro-chocs, la motricité redevient normale dans les membres supérieurs. Après quatre, la malade marche. Elle repart chez elle, guérie. Après deux ans, les nouvelles qu'elle donne apprennent son mariage.

Voilà donc résumés cinq cas de troubles moteurs accentués, durant pour certains depuis plus d'une année, traités par les thérapeutiques classiques, ayant même (deux fois) résisté au torpillage, et guéris de façon durable par quelques injections de cardiazol ou quelques électrochocs. La guérison a toujours été très rapide.

De telles guérisons ne paraissent pas pouvoir être attribuées à la simple suggestion, puisque d'une part ces troubles ont résisté aux autres thérapeutiques et même au torpillage, et que d'autre part des anomalies sensitives ont persisté dans un cas après la disparition des troubles moteurs.

Il faut souligner que les phénomènes moteurs chez tous ces malades évoluaient sur un fond de débilité mentale très nette, ce qui rapproche ces cas des observations ci-après, à symptomatologie mentale :

Observation VI. — Di., Antoine, 21 ans, est envoyé en 1942 des Chantiers de Jeunesse, où il s'est fait remarquer par des discours incohérents. A l'examen, il émet des idées délirantes : il est en rapport

avec le maréchal Pétain qui se confie à lui et lui a fait cadeau d'une montre en or ; il exprime des idées de satisfaction personnelle (se prétendant chef-commissaire des chantiers) et de richesse (ayant un cerisier qui donne 3.000 kg. de fruits), en même temps que des idées hypocondriaques (déclare avoir mauvaise vue et exige des lunettes).

Dans les antécédents, on note une fièvre typhoïde à 10 ans. L'intelligence est nettement au-dessous de la moyenne, l'émotivité est assez marquée.

Envoyé à l'hôpital avec le diagnostic de démence précoce, le diagnostic fait à l'entrée est celui de bouffée délirante chez un débile mental. Deux mois après l'entrée, l'état mental demeurait sans changement. Il est pratiqué onze injections de cardiazol à la suite desquelles le malade rectifie ses idées délirantes et peut être renvoyé dans sa famille. Les renseignements recueillis par la suite à son Chantier indiquent que, dès le début, il avait été l'objet de légères brimades de la part de ses camarades.

Observation VII. — Per., Antoine, 21 ans, est envoyé des Chantiers de Jeunesse. Il présente, à son entrée, un syndrome confusionnel avec fièvre et phénomènes méningés apparus au cours d'une bronchite. Après quelques jours, l'état fébrile et les phénomènes méningés disparaissent pour réapparaître trois jours après. La ponction lombaire montre 6 lymphocytes, sans autre modification du liquide céphalo-rachidien. Disparition rapide de la fièvre, des signes méningés et de la confusion et établissement d'un état d'inertie avec indifférence, mutisme presque complet, attitudes catatoniques stéréotypées. Refus d'alimentation passager, gâtisme, cachexie progressive. Le malade pèse 40 kg.

Le diagnostic porté est celui de démence précoce, que je confirme lorsque je vois le malade près d'un an après.

Malgré la gravité de l'état général qui baisse très vite, on pratique, de façon désespérée et non sans craintes, une série d'injections de cardiazol. Rapidement, la situation se modifie ; l'état mental s'améliore, le mutisme, les attitudes catatoniques, les stéréotypies, le gâtisme disparaissent en même temps que se transforme l'état général. Trois mois après, le sujet sort guéri, ayant repris 17 kg., mais donnant la preuve d'une débilité mentale assez accentuée que confirment les renseignements obtenus. Il semble bien qu'il se soit agi de séquelles post-confusionnelles.

Avant de tirer de ce travail les conclusions générales qui en découlent, je veux en passant souligner, après bien d'autres auteurs, l'aspect spécial que prennent les troubles délirants chez les débiles mentaux. Bien souvent, faute de renseignements sur leur passé, le diagnostic de démence précoce est porté. Je crois que chaque fois que l'examen physique permet de constater l'existence de stigmates de dégénérescence, le diagnostic doit incliner vers la débilité mentale.

Chez le malade de l'observation VII, parvenu à l'hôpital sans renseignements, deux médecins spécialisés et moi-même avions porté le diagnostic de démence précoce. Le cas semblait typique : début par un état confusionnel suivi d'inertie, d'indifférence, de gâtisme, de mutisme, d'attitudes catatoniques et de stéréotypies, de refus d'aliments, avec marche rapide vers la cachexie, tous les éléments étaient réunis.

Compte n'avait pas été suffisamment tenu des stigmates de dégénérescence qu'il portait. Les renseignements recueillis auprès de la famille, aussi bien que l'étude du fond intellectuel après la guérison, montraient bien l'existence d'une débilité mentale accentuée.

On ne saurait donc trop insister pour que dans ces cas douteux soit toujours tenté un traitement convulsivant, des résultats absolument inespérés pouvant être obtenus, et même tardivement, alors que tout semblait perdu.

Mais si on étudie d'une façon plus générale les faits rapportés ci-dessus, on constate que les symptômes moteurs d'une part, mentaux de l'autre, offrent sous-jacents des éléments communs : ce sont le fond de débilité mentale d'abord, toujours assez accusé, l'existence d'un choc affectif ou d'un épisode infectieux ayant déclenché les troubles de façon brusque ensuite, enfin la curabilité par la convulsivothérapie.

Tout se passe, dans un cas comme dans l'autre, comme si le sujet, à la faveur peut-être de sa débilité mentale, n'arrivait pas à liquider ses troubles une fois l'accident aigu produit, cet accident étant d'origine émotive ou infectieuse ; il existerait une véritable persévérance morbide que seule interromprait la dissolution de la conscience obtenue par la convulsivothérapie, alors que les méthodes habituelles, telles le torpillage, se sont montrées inopérantes.

DISCUSSION

M. CARRIER. — On voit des cas d'hystérie où le résultat de la convulsivothérapie est médiocre, alors que la psychothérapie, aidée ou non d'une légère suggestion armée, en a eu raison.

La séance est levée à 18 heures.

Les secrétaires des séances :
Paul CARRETTE et Pierre MENUAU.

Erratum

Dans le compte rendu de la séance du 11 mars 1946, l'intervention de M. FERDIÈRE (page 262) doit être reportée page 264, à la suite de la communication de M. Jean Delay, Mme Leulier et M. P. Desclaux.

SOCIÉTÉS

Société de neurologie de Paris

Séance du 4 avril 1946

Présidence : M. SCHAEFFER, président

Tumeurs de la moelle lombo-sacrée avec atteinte unilatérale des neurones moteurs périphériques, par MM, Th. Alajouanine et R. Thurel.

Une tumeur de la moelle lombo-sacrée peut être strictement unilatérale et n'avoir de retentissement que sur les neurones moteurs périphériques. Observation de trois tumeurs syringomyéliques détruisant plus qu'elles ne compriment, dont le diagnostic ne peut être fait que par l'épreuve lipiodolée sur la table basculante et qui peuvent être enlevées en totalité sans qu'il en résulte de dégâts supplémentaires.

Deux nouveaux cas de neurinomes en sablier enlevés en totalité par voie intrarachidienne, par MM. Th. Alajouanine et R. Thurel.

MM. Th. Alajouanine et R. Thurel, à propos de ces observations, se demandent si cette voie n'est pas la meilleure voie pour aborder les neurinomes paravertébraux qui ont leur point de départ dans un trou de conjugaison et dont la base d'implantation ne peut être enlevée par voie thoracique. Les récidives malignes, après ablation par voie thoracique, tiennent peut-être à une ablation incomplète.

La hernie du disque L 4-L 5 peut retentir sur la 1re racine sacrée,
par MM. Th. Alajouanine et R. Thurel.

MM. Th. Alajouanine et R. Thurel rapportent trois cas de cette exception à la règle qui veut que la hernie discale L 4-L. 5 retentisse sur la 5e racine lombaire. Cette anomalie tient soit à une émergence hors du sac dural particulièrement haute des racines S 1, soit à ce que les racines L 5 et S 1 quittent le sac au même point, en regard du disque L 4-L 5.

Technique conservatrice dans le traitement des sciatiques discales,
par M. J. Guillaume.

D'après 18 cas, M. J. Guillaume insiste sur les avantages de cette technique. On laisse intactes les apophyses épineuses et on passe par l'espace qui sépare les lames, qu'on agrandit au besoin en réséquant le bord des lames sus- et sous-jacentes. On aborde le disque latéralement par voie extradurale, après avoir écarté la racine. Avec cette méthode, préconisée également par des neuro-chirurgiens américains, les opérés peuvent se lever le deuxième jour.

Cholestéatome intramédullaire, par M. J.-A. Barré et Mlle Helle.

Observation d'un malade présentant depuis 1939 des douleurs et une parésie du pied droit. En 1945, il perdit la notion de position de la jambe droite. En 1946, il marchait sans canne, avait quelques signes pyramidaux bilatéraux et des troubles de la sensibilité portant surtout sur la sensibilité profonde. L'intervention montra un cholestéatome intramédullaire en D 5 ; après son ablation, il ne subsistait plus qu'une mince lame de moelle, et cependant le malade a conservé toute sa motilité et dès le 2e jour les sphincters fonctionnaient normalement.

Syringomyélobulbie avec syndrome de Parinaud,
par M. J. Dereux (de Lille).

Observation d'un malade atteint de syringomyélobulbie chez lequel on constate une paralysie du regard latéral qui s'explique par l'atteinte du faisceau longitudinal postérieur et un syndrome de Parinaud dont on ne peut trouver la cause que dans une lésion infectieuse ou un processus tumoral glial localisé : on ne connaît pas en effet de cavité syringomyélique ayant dépassé en hauteur la protubérance.

L'encéphalographie gazeuse dans les agnésies cérébrales congénitales,
par MM. F. Thiébaut et M. Trotot.

MM. F. Thiébaut et M. Trotot montrent que par encéphalographie, on injecte aisément les cavités cérébrales résultant d'une atrophie congénitale et accompagnant de nombreuses hémiplégies infantiles avec ou sans épilepsie. Parfois, l'encéphalographie injecte non seulement la cavité pathologique, mais aussi les sillons de la convexité : il semble s'agir alors d'une véritable agénésie, la cavité étant librement ouverte à l'extérieur.

La phakomatose angiomateuse familiale, par MM. J. Delay et Pichot.

Présentation d'une fillette atteinte de maladie de Sturge-Weber-Krabbe. Le père et deux frères ont des lésions craniennes ; l'un d'eux a également une angiomatose rétinienne. C'est la première observation montrant l'identité génotypique de l'angiomatose cérébro-rétinienne de von Hippel-Lindau et de l'angiomatose encéphalo-trigéminée ; les auteurs proposent de réunir les deux aspects cliniques sous le nom de phakomatose angiomateuse familiale.

Epilepsie et dilatation ventriculaire passive par atrophie cérébrale, par M. F. Thiébaut.

M. F. Thiébaut donne le nom de dilatation ventriculaire passive à la dilatation du ventricule qui est consécutive à l'atrophie cérébrale, qu'elle soit congénitale ou acquise (traumatisme, lésions vasculaires, infectieuses ou abiotrophiques). Elle est latente et découverte par l'encéphalographie. L'absence d'hydrocéphalie manifeste ou d'hypertension incracranienne la distingue de la dilatation active ; elle se différencie de l'hydrocéphalie latente par le périmètre cranien qui est normal ou diminué. L'épilepsie peut parfois la révéler et semble résulter de l'hypotension ventriculaire.

Sympathectomie dorsale sous contrôle de la pleuroscopie, par M. Braillon.

L'auteur a utilisé dans le traitement de certaines cavernes une sympathectomie préganglionnaire dont les résultats sont plus durables que ceux de la sympathectomie postganglionnaire. L'intervention est faite après création d'un pneumothorax, sous pleuroscopie, par électrolyse, en prenant pour repère la 2e côte, à une distance déterminée de la vertèbre.

Paralysie du grand dentelé par poliomyélite syphilitique chronique, par MM. L. Rouquès et J. Pautrat.

Observation de paralysie unilatérale du grand dentelé sans autre atteinte des muscles de la ceinture scapulaire chez un sujet présentant une amyotrophie syphilitique bilatérale des épicondyliens et de certains petits muscles des mains et quelques signes pyramidaux. La syphilis est une cause assez rare de paralysie du grand dentelé. Le signe du creux sus-claviculaire manquait chez ce malade sans qu'on puisse expliquer cette anomalie sémiologique.

Traitement de la névralgie faciale par l'électro-coagulation du ganglion de Gasser, par MM. P. Cossa et Grinda.

MM. P. Cossa et Grinda montrent que par la méthode de Kirschner, on peut guérir en 24 heures, avec sécurité et facilité, les névralgies du trijumeau. On atteint à volonté le groupe cellulaire correspondant à la branche douloureuse. La kératite est exceptionnelle (2 cas sur 100) et très

bénigne. Les récidives n'ont été observées que chez les premiers malades traités.

Quatre cas de maladie de Friedreich d'origine hérédo-syphilitique, par MM. H. Roger, Mouren et Delagé.

Les auteurs attirent l'attention sur l'existence d'un syndrome de Friedreich indépendant de toute hérédité similaire et en rapport avec une hérédo-syphilis prouvée par des réactions positives dans le sang chez les parents et les enfants et parfois aussi dans le liquide, et surtout par la coexistence d'un signe d'Argyll. Ils insistent sur l'association de débilité mentale avec troubles du caractère et sur l'inefficacité du traitement anti-syphilitique.

Chorée fibrillaire de Morvan à terminaison brutale, par MM. H. Roger, J. Boudouresque et Capus.

Les auteurs rapportent un cas de cette affection ayant débuté par de l'asthénie physique et psychique avec impuissance ; apparurent ensuite de l'insomnie, un prurit féroce, des sueurs, de l'agitation nocturne, des contractions fibrillaires et, enfin, une parésie légère de la racine des membres inférieurs. L'évolution se termina brusquement au 7e mois par une courte période de choréo-myoclonies intenses et de coma.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

PSYCHIATRIE

Oligophrénie phénylpyruvique. Etude clinique et biochimique, par Harold Lepow (de New-York). (1 brochure in-8°, 36 pages. Editions S. Karger, Bâle, *Thèse* Genève 1945).

Dans cette thèse, entreprise dans le service et sous la direction du professeur Ferdinand Morel, à l'asile de Bel-Air (Genève), M. Harold Lepow a étudié sous son aspect biochimique et clinique un cas d'oligophrénie phénylpyruvique. Si deux symptômes, l'oligophrénie et la présence dans les urines d'acide phénylpyruvique, suffisent à établir le diagnostic de l'affection, il s'y ajoute dans tous les cas publiés une série de symptômes extrapyramidaux (hypertonie, hyperréflexie, hyperkinésie, démarche rigide) et de l'hypopigmentation. Ces divers symptômes sont tous des manifestations de la perturbation métabolique. Il s'agit d'une affection héréditaire récessive simple et il y a corrélation absolue entre l'élimination dans les urines d'acide phénylpyruvique et le défaut de développement cérébral. Il y a ralentissement du catabolisme des étapes intermédiaires des acides aminés aromatiques. Ce trouble du métabolisme, qui existe dès la naissance, continue sans interruption au cours de la croissance cérébrale et jusqu'à la mort. L'oligophrénie paraît être la conséquence et la conséquence infaillible de ce trouble, l'élimination d'acide phénylpyruvique n'ayant encore jamais été signalée sans oligophrénie. Les essais thérapeutiques sont restés sans résultats.

Importante monographie tant par l'observation clinique que par l'étude biochimique de ce cas (jeune fille âgée de 18 ans).

René Charpentier.

Constatations médicales et sociales relatives à la délinquance juvénile en Bretagne, par le Dr Pierre Flot (1 brochure in-8°, 48 pages, Imprimerie Foulon, Paris. *Thèse* 1945).

De son étude de 80 mineurs délinquants du Centre d'accueil et de 120 mineures délinquantes de l'Etablissement de rééducation du Bon Pas-

teur de Saint-Cyr (Ille-et-Vilaine), l'auteur, après avoir condensé en des tableaux statistiques les résultats de son enquête sociale et médicale sur la délinquance juvénile, donne les conclusions suivantes.

En Bretagne, comme partout ailleurs, pendant les années de guerre, on a pu constater l'augmentation de la délinquance des mineurs, qui a triplé, les délits les plus fréquents étant le vol pour les garçons et la prostitution clandestine pour les filles. Dans les antécédents des sujets, et particulièrement des filles, figurent surtout la dissociation du foyer familial, l'hérédo-alcoolisme, la tuberculose. A côté de stigmates physiques tels que insuffisance de développement statural, petits signes dégénératifs multiples, poly-insuffisances fonctionnelles, ont été notées fréquemment la débilité intellectuelle et des anomalies du caractère (hyperémotivité, impulsivité). Même chez les pervers constitutionnels, l'hérédo-syphilis a été rarement mise en évidence dans l'enquête de M. Pierre Flot qui conclut cependant au rôle déterminant essentiel des tares héréditaires en général dans la genèse de la délinquance juvénile.

R. C.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Le test de Rorschach et la psychopathologie de la schizophrénie, par Laignel-Lavastine, Mme Minkowska, Bouvet et Neveu (de Paris). (Supplément n° 7 de la *Revue suisse de psychologie et de psychologie appliquée*).

Dans cet important mémoire, les auteurs publient, choisis comme exemple, les résultats de l'application à 11 schizophrènes du test de Rorschach selon la nouvelle et intéressante technique imaginée par Mme Minkowska. Toujours confronté avec l'observation clinique, le test est suivi du triage qualitatif des réponses sans évaluation quantitative et sans établissement d'un psychogramme. Le but est ici non de contrôler un moyen supplémentaire de diagnostic, mais de rechercher, par la superposition du test aux données cliniques, à approfondir la psychopathologie des schizophrènes. Bien que centré sur les problèmes psychologiques et faisant appel au langage, le test repose sur une synthèse psycho-physiologique (voir et percevoir) et a un caractère biologique.

Le triage des réponses, d'après la méthode classique, est ici complété par l'étude du langage et des expressions. A côté donc des résultats fournis par ce triage (prédominance de réponses de détail et surtout de petits détails isolés, réponses en rapport avec la forme, abstraction et rigidité dans la forme, absence de kinesthésies, immobilité et manque de réaction aux couleurs, contenu s'exprimant par des objets, des formes anatomiques et géométriques, etc.), et qui varient selon les groupes et le stade de l'affec-

tion, l'étude du langage et des expressions, tout en les confirmant, met en évidence cet élément nouveau qu'est la fragmentation, l'isolement, la séparation des parties de la planche, le manque de synthèse, de cohésion. Ce trouble grave, les auteurs ne l'ont retrouvé nulle part ailleurs : il est pathognomonique de la schizophrénie. Il traduit ce mécanisme de la « Spaltung » mis en évidence par Bleuler, qui compromet la perception et la prise de contact avec la réalité.

La détermination des caractères essentiels des tests des schizophrènes permet ainsi l'interprétation de tests de malades dont les symptômes cliniques sont moins apparents. Car, si différents que puissent être la forme de la schizophrénie, le stade évolutif de la maladie, si différents d'aspect que puissent se présenter les tests, un trait fondamental reste commun à tous : le mécanisme de la Spaltung. C'est ce que met bien en évidence le mode nouveau d'utilisation du test de Rorschach, « véritable test de la personnalité », en y adjoignant l'étude du langage et des expressions employées par le malade et en accordant à cette étude une importance primordiale, selon la technique due à Mme Minkowska.

René CHARPENTIER.

Recherches généalogiques sur un cas d'oligophrénie phénylpyruvique, par F. MOREL (de Genève). *Archiv. der Julius Klaus-Stiftung für vererbungsforschung, sozialanthropologie, ...* Zurich, vol. XIX, falc. 3/4, 1944).



Le professeur F. Morel publie l'observation d'un cas d'oligophrénie phénylpyruvique, jeune fille de 17 ans. Ni le père, ni la mère ne présentent d'oligophrénie ni d'acide phénylpyruvique dans les urines. Les recherches généalogiques, remontant dans certaines directions jusqu'à 1660, n'ont jusqu'à ce jour rien donné de positif mais seront continuées malgré l'obstacle créé par un incendie de village ayant, en 1806, détruit des registres qui auraient pu renseigner.

R. C.

La psychiatrie de guerre dans la marine marchande, par O. SANDS et O. HILL (*Proceedings of the Royal Society of medicine*. Section of Psychiatry, vol. XXXVIII, mars 1945, p. 217).

Les facteurs déterminants de psychose sont commandés par les circonstances dramatiques auxquelles le marin est soumis : explosions, immersion, séjour sur un radeau, capture par l'ennemi, absence d'ambulance et souvent de secours aérien ou naval.

Les facteurs prédisposants comprennent : l'atteinte antérieure d'une affection mentale, la longue durée du service, l'ennui de la famille, les dures conditions du service, l'absence d'entraînement pour la guerre, une personnalité anormale, les conflits entre l'équipage et le capitaine, les inversions sexuelles, le pressentiment du danger surtout pour ceux qui vivent dans des compartiments clos. De toutes les causes étiologiques, c'est en résumé l'anxiété qui joue le principal rôle.

Au point de vue symptomatique, ce sont les états anxieux (67,9 0/0) et dépressifs (11,1 0/0) qui sont les plus fréquents ; viennent ensuite les troubles hystériques (8 0/0) et psychopathiques (4,2 0/0), fréquemment compliqués de dépression.

En général, tout marin qui a présenté des troubles mentaux doit être éliminé de la marine marchande. Cependant, sur 323 malades, 15 0/0 purent reprendre leur service.

L. M.

A propos de l'histoire de la notion de psychogénèse (Zur Geschichte des Psychogeniebegriffs), par le Dr Hans-M. Sutermeister, de Berne (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène mentale*, août 1945, p. 377-409).

En rapportant les grandes lignes de l'histoire des idées sur le problème de l'hystérie et la notion de psychogénèse, et en étudiant quelques doctrines récentes, l'auteur est conduit à préciser sa propre conception des psychoses et psychonévroses. Le développement onto- et phylogénétique de l'homme est conçu par lui sur le plan de la « cérébration progressive ». La sphère supérieure récente inhibe la sphère inférieure, plus ancienne, sur tous les plans anatomique, physiologique, psychologique (tant noétique que thymique), voire sociologique, ces domaines n'étant qu'artificiellement séparés.

Toute agression organique ou psychique va entraîner une régression avec diminution de l'action inhibitrice des sphères supérieures sur les inférieures. Mais celles-ci, plus automatiques, sont d'une plus grande résistance vitale, de sorte que l'on peut être amené à considérer qu'il s'agit d'un véritable réflexe de défense, comme le dit l'auteur d'une « régression de protection et de rétablissement » (Schutz-und Erholungsregression). Ceci explique qu'il puisse y avoir refuge dans la maladie, du moins à un stade avancé. Les types morbides résulteraient autant de la modalité de l'agression que de la « prédisposition » qu'il conçoit comme un « retard » ou une « insuffisance de cérébration », tout en acceptant la typologie de Kretschmer.

L'auteur en tire des conséquences importantes pour l'hygiène mentale, la pédagogie, etc., ainsi que pour la thérapeutique. Il préconise d'associer une psychothérapie et une organothérapie tendant à corriger les frayages et les conditionnements antiphysiologiques pour permettre un retour vers une cérébration supérieure : action sur le milieu, persuasion ou suggestion éclairant le malade sur le sens de sa maladie, hormonothérapie, excitation du système végétatif inhibé de préférence au freinage de celui dont le tonus domine, traitement de choc pour rompre ce qui pourrait être un refuge dans la maladie.

Cette conception tend vers une synthèse des processus organogénétiques et psychogénétiques, facteurs de psychoses et psychonévroses.

S. Follin.

Obésité dysplastique chez les schizophrènes, par C. Haffter, de Bâle (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. LV, fasc. 2, 1945).

Doit-on constituer un groupe spécial pour les schizophrènes atteints d'obésité dysplastique et quels en seraient les traits caractéristiques ? L'auteur ayant décrit en détail quinze cas, qu'il a soumis à de minutieuses investigations (mesures somatiques, examens chimique et microscopique des urines, du sang, radiographie de la selle turcique...) formule ces conclusions : 1° les schizophrènes atteints d'obésité dysplastique constituent un groupe spécial ; 2° on constate un début insidieux de la maladie, qui aboutit inva-

riablement à l'idiotie ou à la démence ; 3° en ce qui concerne l'influence de l'hérédité, il ne semble pas qu'il y ait un rapport entre obésité et affection mentale. Dans les familles de ses malades, l'auteur a pu constater qu'il y avait des obèses sans schizophrénie comme des schizophrènes qui n'étaient point obèses. Les troubles endocriniens seraient donc indépendants de la psychose. Toutefois, la question reste ouverte de savoir exactement si et comment l'apparition ainsi que l'évolution de l'obésité sont conditionnées par la schizophrénie. D'autre part, on peut se demander si l'obésité exerce une influence sur l'affection mentale. D'après l'auteur, on peut supposer que les obèses schizophrènes ont une constitution endocrinienne qui, se traduisant au physique par de l'obésité, agit défavorablement sur une schizophrénie préexistante ou qui vient d'apparaître.

H. BERSOT.

Age moyen et mortalité des alcooliques (Sterbehäufigkeit und Todesalter bei Alkoholkranken), par Fritz LAUTERBURG, de Zürich (*Gesundheit und Wolfahrt, Revue suisse d'hygiène mentale*, novembre 1945, p. 574-583).

L'auteur compare la mortalité dans la population générale de la ville de Zürich à celle observée parmi les sujets suivis par les services d'assistance aux alcooliques pendant les années 1936-1944. En chiffres globaux, il note respectivement, pour les premiers, 59 hommes et 50 femmes pour 1.000, et pour les seconds, 93 hommes et 96 femmes pour 1.000. En chiffres relatifs, sur 12 décès, il se trouve un alcoolique, et parmi les hommes âgés de 40 à 59 ans, un sur 8.

Les âges moyens les plus fréquents des décès dans la population générale hommes étant de 65 à 69 ans, et en deuxième ligne, de 70 à 74 ans, ces chiffres sont, pour les alcooliques : 60-64 ans, et 55-59 ans. Pour les femmes, ils sont respectivement de 70-74 ans (20 0/0), et 75-79 ans (5 0/0) dans la population générale, contre 70-74 ans (14,9 0/0), et 65-69 ans (14,6 0/0) pour les alcooliques. Il y a dans la règle diminution de l'âge moyen de mortalité. Il est cependant satisfaisant de noter que pour les hommes améliorés, ayant cessé de ce fait d'être suivis par le service d'assistance aux alcooliques, les chiffres correspondants tendent à se rapprocher de ceux observés dans la population générale.

S. FOLLIN.

Les mésaventures d'un hachischin, par Jean DELAY (*La Presse médicale*, 15 décembre 1944).

Observation d'un jeune homme de 20 ans qui, après avoir exceptionnellement fumé des cigarettes contenant du chanvre indien, présenta un syndrome onirique avec réaction délirante auto-accusatrice d'homicide, amnésie parcellaire. Dans la psycho-pathologie du délire, M. Jean Delay montre la part qui revient au toxique et celle qui revient au sujet dont le crime imaginaire porte les caractères du crime « œdipien ». D'où la conclusion qu'il pourrait être utile d'utiliser le hachisch au même titre que le scopochloralose pour l'exploration pharmacodynamique du subconscient et l'extériorisation des complexes affectifs.

R. C.

Un cas de toxicomanie par le dolosal, par Jean Delay, L. Vidart et R. Viguié (*Société de médecine légale*, séance du 17 avril 1944, *Annales de médecine légale*, mai-juin 1944).

A propos de l'observation d'un malade de 36 ans, toxicomane depuis plusieurs années, et qui s'injectait 40 à 50 ampoules par jour de dolosal, initialement prescrit à la dose de 3 ampoules par jour, quelques mois auparavant, pour éviter l'abus des opiacés, malade qui présenta un état sub-confusionnel avec polynévrite et troubles digestifs, les auteurs proposent à la Société de médecine légale le *vœu*, aussitôt adopté, *que le dolosal soit inscrit au tableau B.*

R. C.

Intoxication mortelle par injections de laudanum chez une toxicomane, par M. Duvoir, Ch. Paul, L. Dérobert et R. Truffert (*Société de médecine légale*, séance du 13 mars 1944, *Annales de médecine légale*, mars-avril 1944).

Les auteurs rapportent l'observation d'une malade de 49 ans, héroïnomane depuis dix-huit années qui, ne pouvant plus se procurer d'héroïne, utilisait depuis un an le laudanum de Sydenham, par injections, et mourut vingt-quatre heures après l'injection de 10 grammes de laudanum.

R. C.

Escarres cutanées par injections sous-cutanées de laudanum, par M Laignel-Lavastine (*Société de médecine légale*, séance du 13 mars 1944 *Annales de médecine légale*, mars-avril 1944).

Rappel du cas déjà publié par l'auteur d'une malade de 36 ans qui, après avoir fait pendant dix-huit mois des injections d'héroïne, prit du laudanum de Sydenham, par la bouche d'abord, puis en injections (2 à 3 cm^3 par jour). Au lieu de chaque injection survenait un petit abcès, suivi d'une escarre et d'ulcération circulaire atteignant les dimensions d'une pièce de deux francs, guérissant en trois ou quatre jours.

R. C.

Intoxication aiguë mortelle par ingestion de laudanum, par H. Duvoir, Ch. Paul et L. Dérobert (*Société de médecine légale*, séance du 13 mars 1944, *Annales de médecine légale*, mars-avril 1944).

Observation d'un homme de 36 ans qui, étant ivre, absorbe 10 grammes de laudanum de Sydenham alors qu'on lui préparait une compresse laudanisée pour calmer des douleurs hépatiques. La mort survint trois heures plus tard. L'autopsie ne permit pas de retrouver les altérations tissulaires décrites par certains auteurs.

R. C.

Intoxication mortelle par le plomb P. T. E. tétraéthyle, par C. Feuillet et M. Hamel (*Société de médecine de Nancy*, séance du 9 mai 1945).

Observation d'un cas typique d'intoxication mortelle par le plomb tétraéthyle chez une jeune fille de 18 ans. Tableau clinique associant un état

de confusion mentale hallucinatoire quelque peu atypique à un syndrome neurologique intense : titubation, dyskinésie choréiforme, dysarthrie, troubles pupillaires et réflexes, troubles cardiaques et respiratoires. Terminaison brutale avec signes bulbaires. Mise en évidence d'une quantité élevée de plomb dans le sang et les viscères. Les auteurs insistent sur l'originalité d'un tel ensemble clinique, exceptionnellement observé en France, et sur ses particularités étiologiques ; repassage de linge lavé à l'essence d'aviation.

R. C.

Intoxication par le sulfate de benzédrine, par J. Warter et R. Kahn (*Société des sciences médicales de Clermont-Ferrand*, séance du 28 juin 1945).

MM. J. Warter et R. Kahn décrivent les symptômes résultant de l'ingestion, dans un but de suicide, de 145 mg. de sulfate de benzédrine. Signes essentiels : angoisse, sécheresse de la bouche, polypnée (40 mouvements respiratoires à la minute), tachycardie (160 pulsations à la minute), diminution des réflexes tendineux, leucocytose de 19.500 avec 81 pour 100 de polynucléaires neutrophiles. Rétrocession presque instantanée de la dyspnée, de l'angoisse et de la tachycardie, grâce à l'injection intraveineuse de 10 cm³ de novocaïne à 1 pour 100. Guérison.

R. C.

Double intoxication quinique et stovarsolée. Mélancolie récidivante rythmée par la grossesse ou la lactation, par H. Roger, J. Alliez et H. Logos (*Comité médical des Bouches-du-Rhône*, séance du 19 fév. 1945, *Marseille médical*, 15 oct. 1945).

Répétition de crises mélancoliques chez une jeune femme à l'occasion de 4 grossesses sur 5 ; seule la première grossesse eut lieu sans état de dépression psychique. Les auteurs insistent sur l'importance du terrain dans ces cas de mélancolie puerpérale. Etant donné que, dans la plupart des cas, l'éclosion des troubles a lieu après l'accouchement, un déficit folliculinique pourrait en être la cause déclenchante.

C'est au cours de la quatrième crise que la malade, âgée de 29 ans, tenta de se suicider en avalant en comprimés et cachets, au total, 7 grammes de quinine et 1 gr. 80 de stovarsol : amaurose complète, bourdonnements d'oreille intenses empêchant l'audition, vertiges, tremblements, palpitations, paresthésies, hypoesthésies des extrémités, réflectivité normale, petits troubles cérébello-labyrinthiques. Evolution rapide vers la guérison des troubles dus à l'intoxication.

R. C.

Phlegmons péripharyngiens consécutifs à des tentatives de suicide chez trois mélancoliques. Evolution de l'un d'eux vers la mort subite par luxation cervicale pathologique, par J. Alliez et A. Appaix (*Comité médical des Bouches-du-Rhône*, séance du 2 fév. 1945, *Marseille médical*, 15 oct. 1945).

Dans les 3 cas, il s'agit de tentatives de suicide par des mélancoliques (femmes) à l'aide de couverts de table (cuiller, fourchette, couteau). Dans les trois cas forte réaction locale et générale avec, dans deux cas, guérison rapide

des lésions. La 3ᵉ malade mourut subitement, un mois après la tentative, par luxation de C4 à la suite de lésions destructives importantes de la face antérieure de C3 et C4 par propagation de voisinage par voie lymphatique, évolution qui se fit avec un minimum de signes généraux.

R. C.

Phénomènes de kleptomanie, par Karl Heymann, de Bâle (*Revue suisse de psychologie*, vol. III, fasc. 4, 1944).

L'accumulation d'objets similaires incite à enlever l'un de ces objets. Les kleptomanes ne résistent pas à cette suggestion. Un enfant de 11 ans montrait ce phénomène curieux même dans ses dessins, où la main, appartenant à l'entourage perçu, manquait. Un jeune homme de 23 ans dessinait un cheval se cabrant en omettant les jambes de devant. L'entourage n'est pas considéré d'une façon objective, mais il est vécu. Dans cette représentation de la vie, le kleptomane oublie l'objet volé et la main qui le vole. Ce n'est que la totalité de l'action qui est rappelée et non pas les détails, tels qu'un objet ou la main.

O. Forel.

Une pelote humaine. Un curieux cas de collectionnisme chez une débile mentale, par Pierre Doussinet (*Société des sciences médicales de Clermont-Ferrand*, séance du 26 novembre 1944).

Femme de 50 ans, déséquilibrée depuis l'enfance, ayant présenté des fugues et ayant fait des tentatives de suicide. Elle souffre de crises anxieuses qu'elle arrête à coup sûr ou presque en introduisant sous sa peau une ou plusieurs aiguilles ou épingles ; plus de 150 ont été introduites ainsi ; 130 sont encore repérées par la radiographie (spécialement sein gauche, avant-bras et jambe gauches) ; en dix ans, plusieurs dizaines d'aiguilles ont été extériorisées spontanément ou artificiellement.

R. C.

NEUROLOGIE

Physiologie et neurochirurgie, par le professeur P. Anokhine, membre de l'Académie des sciences médicales de l'U. R. S. S. (*Le médecin français*, 10 oct. 1945).

Chaque pas du neurochirurgien doit être éclairé par la connaissance des mécanismes étiologiques de l'affection initiale et par un calcul précis des mécanismes de compensation qui doivent entrer en jeu à la suite de l'intervention opératoire. Le professeur Anokhine indique dans cet intéressant article dans quelles directions sont actuellement principalement orientées les recherches de la section de physiologie et pathologie du système nerveux de l'Institut central de neurochirurgie de l'U.R.S.S. : méthode électroencéphalographique d'étude des vibrations électriques de l'écorce cérébrale permettant de juger de l'état des cellules ; fine analyse électro-physiologique de l'excitabilité du système nerveux périphérique.

Observant simultanément les deux hémisphères cérébraux au cours de la crise épileptique, le professeur Anokhine et ses collaborateurs ont pu montrer que, dans ces conditions, les vibrations électriques ne s'y manifestent pas synchroniquement comme habituellement, mais alternativement, s'excluant réciproquement. Il peut donc y avoir entre les deux hémisphères non seulement coopération mais aussi exclusion totale réciproque.

Des changements d'excitabilité du système nerveux périphérique peuvent résulter soit de lésions des troncs nerveux périphériques, soit de lésions du cerveau ou de la moelle épinière. Tenant sous son contrôle permanent cet état d'excitabilité, le cerveau obtient de vastes possibilités de réorientation, de perception périphérique et d'action coordonnée des différentes impulsions nerveuses.

Ces méthodes contribuent ainsi au progrès de notre connaissance du cerveau.

René CHARPENTIER.

Données nouvelles sur le fonctionnement des lobes frontaux de l'écorce cérébrale, par P. ANOKHINE, membre de l'Académie des sciences médicales de Moscou (*Le médecin français*, 25 février 1946).

Ajoutant à la méthode des réflexes conditionnés de Pavlov, par un procédé personnel, l'enregistrement cinématographique de la réaction motrice, l'auteur conclut de ses expériences que la coordination des diverses fonctions dans un système fonctionnel harmonieux, la distribution dans le temps des diverses phases de la réaction motrice constituent la véritable fonction des lobes frontaux de l'écorce cérébrale. Cette région de l'écorce serait donc l'organe de synthèse des formes les plus complexes du comportement actif.

Ces données expérimentales concordent avec l'observation clinique et montrent que la méthode proposée par M. P. Anokhine peut servir à éclairer les phénomènes les plus complexes de l'activité nerveuse.

R. C.

Physio-pathologie du lobe frontal, par H. GASTAUT (*Marseille médical*, 15 décembre 1945, p. 514-525).

Revue critique exposant les données actuellement connues sur les fonctions du lobe frontal, dont le rôle moteur domine nettement les autres activités, végétatives ou psychiques, encore mal connues ou discutées. Le parallélisme entre la pyramidalisation cellulaire et la fonction motrice est souligné et donne un fil conducteur dans l'étude des modalités diverses du mouvement dépendant de territoires adjacents, individualisés sans concordance par l'anatomo-physiologie et la clinique.

J. ALLIEZ.

L'épilepsie sans cortex, par RISER, GAYRAL et PIGASSOU, de Toulouse (*Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 24 avril 1945).

Chez l'animal opéré aseptiquement et sorti du coma, après interruption des voies pyramidales, soit au niveau des pyramides antérieures, soit par abrasion du cortex moteur, la crise convulsive par cardiazol ou électro-choc

n'est pas modifiée ; l'élément clonique est toutefois diminué d'intensité et de durée.

Après suppression de la presque totalité du cortex et intégrité des noyaux centraux, du diencéphale, de l'axe nerveux, la crise épileptique par l'électrochoc comporte ses éléments habituels : perte de connaissance brutale, mydriase, action tonique, perte des urines, grands mouvements automatiques, confusion post-convulsive, mais les secousses cloniques sont très nettement diminuées en nombre et en étendue, rapidement épuisées. On note aussi, chez ces animaux, une activation végétative et psychomotrice indiscutable, temporaire mais renouvelable.

R. C.

Lambliase et épilepsie, par G. Boudet, J. Boucomont, R. Bosc et L. Bertrand (*Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 9 fév. 1945. *Montpellier médical*, janv.-fév. 1945).

Les auteurs rapportent deux observations de crises nerveuses de type comitial chez des enfants. Dans l'un de ces deux cas, l'examen des selles révéla une infestation intense par des lamblias, dans l'autre la présence de kystes de lamblias et de kystes d'antamœba. Dans les deux cas, le traitement antihelminthique fit disparaître les crises. A côté de l'épilepsie vermineuse, en rapport avec des parasites tels que tænia, ascaris, oxyures, les auteurs concluent à l'existence de troubles nerveux et de manifestations comitiales en relation avec des protozoaires du type lamblia. Cette « épilepsie lamblienne » doit inciter à reconsidérer l'épineux problème des épilepsies parasitaires.

R. C.

Myopsychie familiale. Paralysie pseudo-hypertrophique de Duchenne et imbécillité de degré identique chez trois frères (présentation de malades), par P. Giraud, J. Alliez et E. Abignoli (*Comité médical des Bouches-du-Rhône*, séance du 1er décembre 1944, *Marseille médical*, 15 février 1945).

Intéressante présentation de trois frères, âgés de 11, 10 et 9 ans, atteints de manifestations neuro-musculaires tellement identiques qu'elles sont comparables à celles que l'on pourrait observer chez des jumeaux homozygotes : même distribution de l'atrophie et de la pseudo-hypertrophie, même contracture des pieds en équinisme, même aréflexie rotulienne et stylo-radiale hors de relation avec l'importance de l'atrophie musculaire. Comme seules différences, on note chez l'aîné des mouvements athétosiques et, chez le second, une aréflexie tricipitale. Tous trois présentent une arriération mentale considérable, imbécillité voisine de l'idiotie.

Un frère aîné est mort à 12 ans (convulsions) ; trois enfants plus jeunes sont jusqu'à ce jour indemnes.

Les auteurs considèrent comme occasionnelle l'association de la myopathie aux troubles psychiques. Comme Duchenne, Erb, H. Roger, ils tendent à considérer les myopathies congénitales comme d'origine centrale et la constatation de mouvements choréo-athétosiques leur permet d'incriminer l'atteinte des noyaux de la base. Le caractère familial peut résulter de causes diverses parmi lesquelles, dans ce cas, il faut retenir l'alcoolisme

paternel et son imprégnation tuberculeuse, la polyléthalité dans la famille maternelle (syphilis ?).

René CHARPENTIER.

Maladie de Lindau, par Maurice LAMY, P. MORAX, Mlle M.-L. JAMMET et M. BLANCARD (*Société de pédiatrie*, séance du 18 janvier 1944).

Présentation d'un enfant de 10 ans atteint d'hémiplégie gauche avec contracture installée depuis deux ans à la suite d'un ictus. La constatation d'un nævus du côté droit de la face et du crâne fit envisager l'éventualité d'un angiome cérébral ou méningé, confirmée par l'existence d'une angiomatose rétinienne et de sillons vasculaires anormaux sur les radiographies du crâne.

32 observations d'angiomatose des centres nerveux montrent que la maladie de Lindau est une malformation congénitale dont le caractère héréditaire a pu être établi dans plusieurs cas sans que le mode de transmission soit encore précisé. La ligature de la carotide primitive, associée à la radiographie cranienne, semble être la thérapeutique la plus recommandable.

R. C.

Infantilisme lépreux, par FLANDIN, MONTEL et BASSET (*Société française de dermatologie et syphiligraphie*, séance du 10 février 1944).

Présentation d'une jeune fille, qui paraît avoir été contaminée dans l'enfance et qui a conservé un aspect infantile. Le bacille de Hansen a été trouvé dans le mucus nasal et dans le sang.

R. C.

Sclérose en plaques à forme amyotrophique, par P. BOULET, J. CHARDONNEAU, J. RODIER et G. VALLAT (*Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 7 janvier 1944, *Montpellier médical*, janvier-février 1944).

Chez une femme de 45 ans, dont l'affection avait débuté sept ans auparavant, on note : 1° un syndrome cérébelleux bilatéral, vertiges constants, station debout impossible, nystagmus très accentué ; 2° un syndrome pyramidal, surtout net du côté gauche avec réflexes tendineux vifs, Babinski intermittent ; 3° un syndrome amyotrophique, hémiatrophie linguale gauche et contractions fibrillaires, atrophie du sterno-cléido-mastoïdien et du trapèze gauches, début de main d'Aran-Duchenne des deux côtés. Mort par accidents bulbaires. Diagnostic : sclérose en plaques à forme amyotrophique. Les auteurs font remarquer la rareté de l'atteinte des muscles de la face et du cou, rareté signalée dans la thèse classique de Lejonne.

René CHARPENTIER.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance ordinaire* du mois de JUIN de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 24 juin 1946,* à 15 heures 30 *très précises,* au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

La Société médico-psychologique ne tiendra au mois de JUILLET qu'une seule *séance,* exclusivement réservée à des présentations. Cette séance aura lieu le *lundi 8 juillet 1946,* à 15 heures 30 *très précises,* à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

Conformément à l'article 3 du Règlement, la Société médico-psychologique ne tiendra pas séance pendant le mois d'août ni pendant le mois de septembre.

La *séance ordinaire* du mois d'OCTOBRE de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 28 octobre 1946,* à 15 heures *très précises,* au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

UNIVERSITÉ DE PARIS

Faculté de médecine

M. le professeur agrégé Th. ALAJOUANINE, médecin des hôpitaux de Paris, est nommé *professeur d'histoire de la médecine.*

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

MASSON et Cie Editeurs, Paris
Dépôt légal : 1946 (2e trimestre) — Numéro d'ordre : **367**
Cahors, Imp. A. COUESLANT (*personnel intéressé*). — 73.137. — 1946
C. O. A. L. 31.2330.

Tome II. — N° 2 Juillet 1946

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

LE SYMBOLE EN PSYCHIATRIE

PAR

J. BURSTIN

II. Le Symbole en psychopathologie

Dans la première partie de ce travail, on s'est posé comme but principal de démontrer que le symbole est un outil de la pensée affective et que celle-ci recourt à lui dès qu'il s'agit d'exprimer le monde vu de dedans, le monde du sensible. En psychopathologie, la pensée envisagée sous l'angle du malade se trouve ramenée au vécu, pour des raisons évidentes en elles-mêmes. Il est donc à prévoir, et la clinique confirme amplement cette supposition, que le symbole doit y jouer un rôle de premier plan.

Dans l'ordre d'idées qui nous occupe, le facteur pathologique agit suivant deux manières différentes. Peu importe ici sa nature. Il peut, en désorganisant l'édifice mental, étaler au grand jour les divers produits de la pensée intérieure. Le symbole ou, ce qui revient au même, les entités organisées et réunies par un réseau de relations suivant le mécanisme décrit antérieurement arrivent alors à se manifester librement sur le plan de discours,

(1) Le symbole en psychologie normale. *Ann. méd.-psych.*, 1946, page .

au même titre que les autres composants de la pensée intérieure. Tel est notamment le cas du processus relevant de la désagrégation mentale. L'incohérence du malade met en évidence ces contenus composites, dont le mot est le substitut et qui, on l'a vu, traduisent presque toujours le dedans, et, par conséquent, relèvent plus ou moins du domaine du symbole. Dans ces états, il ne s'agit en somme que d'un processus pour ainsi dire passif. Le malade se borne à projeter au dehors le stock de formes symboliques qu'il a forgées au cours de son existence. Le trouble perturbateur, en désorganisant le sommet de l'activité mentale, rend transparent le fonctionnement du plan sous-jacent, celui de la pensée affective.

Dans d'autres états morbides, beaucoup plus intéressants pour la compréhension de la nature du symbole, il s'agit d'un processus que, par opposition au précédent, on peut appeler actif. Le malade réagit au trouble perturbateur, il cherche à analyser les changements qui sont survenus dans son psychisme, il prend position envers ceux-ci ; il construit un délire. Toute une série de néoformations, dues à la maladie et en exprimant les divers aspects, prend ainsi naissance. Ces créations relèvent plus ou moins directement du domaine du symbole et, suivant les cas, englobent un secteur étroit ou large de l'univers mental du sujet.

Ces deux sources du symbolisme en psychopathologie sont loin de s'exclure réciproquement. Dans la pratique de la clinique psychiatrique, on trouve, à côté des formes extériorisées à la faveur de la désagrégation, d'autres qui sont l'expression inédite d'un travail de néoformation engendré sous l'influence de la maladie. Il est évident que les premières par leur origine ne pourront rien nous apprendre de plus que le symbole normal. Ceci n'est nullement le cas des secondes et dans ce fait réside leur intérêt. Par des degrés presque insensibles, on peut suivre, sur leur exemple, les diverses étapes de la construction symbolique. Les lacunes que l'étude du seul symbole normal a laissé subsister pourront être complétées, des aspects qu'il a été impossible d'examiner avec assez de précision seront étudiés ici. Par une confrontation des données relevant de plusieurs disciplines, la méthode comparative permet ainsi, comme d'habitude, d'apporter une solution pour l'ensemble du problème.

On peut grouper schématiquement l'ensemble des troubles psychopathologiques vus sous l'incidence du malade comme se traduisant soit par une modification de l'ambiance perceptive, soit par une modification de sa propre personnalité. La clinique brosse, avec une abondance de termes et de détails, différents

tableaux exprimant ces changements. Du point de vue de notre travail, où il s'agit en premier lieu d'une étude phénoménologique de certaines créations de la pensée morbide, ces distinctions n'ont qu'une importance secondaire. Nous nous contenterons donc de termes vagues : modifications du monde extérieur et intérieur. En règle générale, ces deux séries de phénomènes se trouvent le plus souvent associées, puisque le trouble générateur qui fait apparaître l'ambiance comme changée intervient aussi pour modifier le sentiment que le malade a de sa propre personnalité. Cela n'empêche pas que le plus souvent, il y ait dans le tableau clinique une prédominance nette de l'un d'eux, tandis que l'autre reste à l'arrière-plan. C'est ce qu'ont eu en vue certains auteurs quand ils ont décrit des syndromes tels que celui de « l'action extérieure ».

Sans se prononcer sur la nature des facteurs pathogènes (ceci est en dehors du plan de ce travail), on peut dire que tous ces changements, du plus simple au plus complexe, ont leur point de départ dans une modification des données immédiates à partir desquelles s'élabore aussi bien le monde extérieur que celui de la personnalité. Le malade n'éprouve de la même manière que le sujet normal ni l'ambiance perceptive, ni son propre moi. Il est donc d'une importance capitale de commencer l'étude de l'élaboration symbolique en psychopathologie à partir de ces données puisque c'est avec elles que se construisent en hauteur toutes les formes du tableau morbide.

Les troubles psycho-sensoriels se retrouvent dans n'importe quel tableau clinique. Mais il est essentiel pour l'intelligence des faits de les saisir là où ils apparaissent sous une forme la moins complexe, la moins élaborée, là où les données initiales sont surtout sensorielles ou sensibles et accessoirement psychiques. Il nous a semblé que ces conditions se trouvent réunies dans le cas des troubles psycho-sensoriels de l'encéphalite chronique ou dans ceux provoqués par la mescaline.

La matière sensible engendrée par un processus pathologique quelconque ne se révèle à l'observateur que par l'intermédiaire des éléments de représentation qui l'expriment. C'est seulement à travers ces éléments de représentation qu'on peut se faire une idée de la structure et des propriétés des ensembles dont ils sont le substitut sur le plan verbal. Nous commencerons par examiner ces structures en elles-mêmes, en faisant abstraction pour le moment aussi bien de la formule qui les exprime que de la nature de la relation qui unit celle-ci au contenu sous-jacent. En procé-

dant ainsi, nous ne faisons que suivre fidèlement le plan adopté dans la première partie de ce travail pour l'exposé du symbole normal.

Des sujets ayant reçu une injection de mescaline déclarent :

« Il me semblait sentir les différents plans tissulaires de la face, squelette et peau. Ma tête me paraissait déviée fortement et son axe longitudinal devenir très oblique. En même temps, plusieurs parties de mon corps me paraissaient perdre la continuité qu'elles devaient avoir. » (1).

« ...Quand on m'a mis le brassard pour la tension artérielle, j'ai eu l'impression qu'on me mangeait le bras. Mon pouls m'apparaissait tout à l'heure comme un corps étranger sonore. » (2).

Ces sujets parlent ici un langage de sensation pure. La matière sensible est extériorisée telle que l'appréhende la perception immédiate : dans un état quasi-brut. Un pas en avant, çà et là, commence à pointer la première ébauche d'un travail d'organisation.

Tous les auteurs ayant étudié l'ivresse mescalinique ont constaté l'apparition d'images à forme géométrique ou ornementale (lignes, rectangles, arabesques, etc...). Ces images ont des contours vagues ; elles sont très fuyantes et ne représentent aucun objet déterminé (Rouhier).

« Je vois comme de petits carrés tout rouges et jaunes. C'est surtout rouge, ça défile comme des films de cinéma. Ça fait des couleurs seulement... Il y a des carrés et des quadrangulaires. Il y en a des dizaines. » (3).

La matière sensible est encore à peine modifiée par la forme qui se dessine et commence à l'enserrer. Cette organisation se fait par le mécanisme de l'immédiat. Les structures qui commencent à pointer sont l'expression pure et simple des caractères sensoriels et sensibles de la matière et pas autre chose.

A un degré plus avancé, les images précédentes prennent plus de consistance, leurs contours deviennent plus nets, elles s'associent entre elles pour donner des formes plus composites. Toutefois, pas un instant, elles n'arrivent à masquer complètement la matière indifférenciée qui occupe l'arrière-plan.

(1) Ey et Rancoule. — Hallucinations mescaliniques et troubles psycho-sensoriels de l'encéphalite épidémique chronique. *Encéphale,* juin 1938.

(2) Nodet. — Le groupe des psychoses hallucinatoires chroniques. *Thèse Paris,* 1937.

(3) Rancoule. — Contribution à l'étude de troubles psycho-sensoriels dans le syndrome de Parkinson encéphalitique. *Thèse Paris,* 1937.

« Des fois, sur les carreaux des fenêtres, je vois des fleurs (dessin tremblé d'une marguerite), des dessins quelconques, toujours à peu près les mêmes. Ils sont blancs ou en couleur, ça passe devant mes yeux un instant, quelques secondes. » (Encéphalitique chronique présentant des troubles hallucinosiques) (1).

« C'est tout rouge quand j'ouvre les yeux, c'est rosé maintenant. Je vois de gros bonshommes qui viennent vers moi pour me tuer, ils sont barbus, ils approchent, ils sont aussi grands que des hommes ordinaires. » (Encéphalitique chronique ayant reçu une injection de mescaline).

Un post-parkinsonien présentant des troubles auditifs et cénesthésiques (brûlures, piqûres, applications électriques, etc...), déclare sentir des baisers sur la bouche, « un petit baiser comme un papillon qui vole devant ma bouche » (1).

Il est possible de suivre ainsi pas à pas l'élaboration de plus en plus poussée, et par cela même de plus en plus complexe, de la sensation pathologique. Voici une série d'exemples groupés suivant l'ordre croissant de complexité :

Parfois, au moment de ses crises oculogyres, mais le plus souvent le soir en se couchant, elle voit, derrière le carreau de la fenêtre, une tête d'homme avec des yeux verts ou bien la tête d'un médecin qui l'a soignée et qui portait la barbe. Les têtes qu'elle voit ne bougent pas, elles sont blafardes, auréolées de lumière, sauf à la partie inférieure (au menton, à la barbe), autour, le noir (1).

« Un jour, vers 4 heures, je cherchais de l'herbe pour les lapins, j'ai eu la Révélation, j'ai senti comme des plumes dans les yeux, des plumes noires « entrevues seulement », de grandes plumes comme des plumes de pigeon. Elles se rabattaient sur mes paupières, je les sentais et les entrevoyais. C'était le démon. » (1).

L'impression sensible, point de départ de ces constructions, est encore très transparente. Elle se trahit par des détails tels que la tête qui se profile derrière le carreau, la couleur verte des yeux, le noir autour de la barbe (cf. premier exemple) et par des plumes noires entrevues seulement et qui se rabattaient sur les paupières (cf. second exemple).

Marinesco cite l'observation du D[r] Cairner qui s'est fait injecter 0 gr. 30 de mescaline en faisant jouer un morceau de musique par un pathéphone pendant la durée de l'expérience. Voici quelques extraits de cette observation :

(1) Rancoule. — Contribution à l'étude de troubles psycho-sensoriels dans le syndrome de Parkinson encéphalitique. *Thèse Paris*, 1937.

Images de sabres turcs avec des incrustations et des décorations admirables, ensuite des étoiles d'or dans l'espace et enfin deux chevaliers montés sur des chevaux blancs avec leurs insignes et habillés de manteaux dessinés avec précision. Un autre morceau de musique (*Sinbald en mer,* de Rimsky-Korsakow), fait surgir la vision d'une mer blanche ; le soleil se couche dans une atmosphère d'un riche coloris, des mouettes parcourent l'eau. Ensuite lui sont apparus des amas de sucre disposés géométriquement, et à la fin, l'intérieur d'une cathédrale gothique avec un trône cramoisi placé au milieu de la nef (1).

Même dans cet exemple, la nature de l'impression qui provoque ces visions est visible dès le premier abord. La luminosité, l'éclat des couleurs qui accompagnent l'ivresse mescalinique se traduisent à l'aide des motifs très décoratifs et éclatants de couleurs (sabres turcs incrustés, étoiles en or, chevaliers montés sur des chevaux blancs, etc...). Les différentes formes du symbole, ainsi que le mécanisme de son élaboration commencent à se profiler plus ou moins nettement. Pourtant, on perçoit encore la matière sensible qui l'a engendré. Cette matière sensible, on la distingue encore dans des exemples, comme l'exemple ci-dessous, pourtant d'une organisation déjà assez bien poussée, puisqu'il s'agit d'un thème religieux assez différencié.

C'était souvent comme des visions célestes chrétiennes, je voyais le Christ à côté de moi, allongé sur un brancard comme s'il était au-dessus de moi, c'était comme son ombre, une vision blanchâtre de profondeur naturelle qui n'était pas solide (2).

Nous sommes ici en plein cœur du symbole ; en l'occurrence, il s'agit d'une forme créée par le mécanisme du médiat, pourtant des expressions comme ombre, vision blanchâtre, forme qui n'était pas solide, sont autant d'allusions à la matière sensible sous-jacente.

D'autres fois, la matière sensible est assimilée à des ensembles traduisant la personnalité intime du sujet et reçoit une organisation en conséquence. On retrouve alors les préoccupations d'un moment ou de toujours du sujet, ses complexes, ses tendances, etc... Les auteurs ayant étudié l'ivresse mescalinique ou les post-encéphalitiques ont souligné ce fait.

(1) Marinesco. — Recherches sur l'action de la mescaline. *Presse médicale,* 16 septembre 1933.

(2) Rancoule. — Contribution à l'étude de troubles psycho-sensoriels dans le syndrome de Parkinson encéphalitique. *Thèse Paris,* 1937.

Dans les cas relativement simples, cette organisation, à l'aide des entités personnelles, se traduira de la manière suivante :

Une malade de Hoff, citée par Claude et Ey, voyait à gauche, après un ictus qui la laisse paralysée de ce côté, une jeune fille avec de longs cheveux noirs, des yeux gris et qui portait une toilette des environs de 1890. Cette jeune fille n'était autre que son propre souvenir, son costume était celui dans lequel aimait la voir son mari, maintenant mort (1).

Dans une observation de Morax, citée par les mêmes auteurs, le malade, atteint d'une rétinite bilatérale, reconnaît que ses préoccupations influent nettement sur ses visions. Un jour, quand il dictait ses souvenirs de Russie, il a vu « un paysage de neige sur lequel se mouvaient des masses noires semblables à des animaux ». Un autre jour, en parlant de la Turquie, il a eu « la vision d'un buste de profil d'un Turc en turban et à longue barbe » (1).

La matière sensible pathologique est ainsi élaborée et cette élaboration peut être poussée plus ou moins loin. La même impression peut donner lieu à une construction qui la modifie à peine et la laisse pour ainsi dire dans un état amorphe, comme elle peut engendrer un ensemble structural complexe et touffu. Entre ces deux cas extrêmes, se placent des formes intermédiaires qui les unissent par des passages presque imperceptibles. Ce sont les nécessités de l'exposé qui nous ont obligé de séparer artificiellement toutes ces formes pour les analyser les unes après les autres. En réalité, elles se rencontrent toutes dans les propos d'un même malade. On trouve çà et là un langage de sensorialité presque pure, par endroits un commencement d'une construction à contours très flous, ailleurs encore un retour vers la sensorialité pure, et voilà brusquement, presque sans transition, que surgit une structure composite qui, par son mode d'organisation, se rattache au symbolisme le plus complexe.

(Parkinsonien ayant reçu une injection de mescaline). Voit de grosses bêtes : chameaux et chevaux réunis qui défilent à la parade, très nombreux et difformes ; il y en a qui n'ont pas de tête. (Organisation perceptive achevée). Au bout de deux minutes cette vision disparaît et fait place à une grosse boule noire (retour à une forme d'organisation inférieure se rattachant à la géométrie).

...A la sensation que quelque chose coule dans son bras droit, au début chaud, et puis rapidement froid et chaud en même temps (extériorisation pure et simple de la matière sensible).

(1) Claude et Ey. — *Hallucinose et hallucination.*

...Les yeux étant ouverts, voit rouge, puis voit des bêtes comme des sangliers, ensuite une barre noire et dit : « J'ai les yeux voilés » (présence simultanée de plusieurs formes).

...Se croit transporté « au pays des belles choses ». Voit de belles toilettes, de beaux chapeaux, de belles robes, de beaux colliers. (Organisation décorative à comparer avec l'observation de Marinesco (p. 42).

...Voit un fond noir devant elle sur lequel se trouvent des animaux qui courent qu'elle ne peut reconnaître, ils sont avec des hommes grands, munis de fourches pour conduire les cochons-sangliers (élaboration complexe et poussée très loin) (1).

Quel que soit leur degré d'élaboration, toutes ces formes sans exception sont une projection du sensible vu par son pôle interne et, comme telles, elles sont un produit du monde affectif, du « dedans ». On se trouve ici au pied d'œuvre de l'élaboration du symbole en psychopathologie. C'est là que se trouve sa matière brute, il se forme ici, il tire de là toute sa substance. Ce sont ces formes, ayant une organisation que l'on sait, qui, coulées dans une formule de représentation suivant des modalités dont il sera question plus loin, deviennent des symboles. En effet, ce sont ces structures, telles qu'elles se révèlent à nous à travers leur symbolisant, qui sont, tout comme en psychologie normale, la condition, le point de départ de toute expression symbolique. Par analogie avec le symbole normal, nous désignerons, par le terme de sphère, l'ensemble simple ou complexe qui constitue le domaine de chacune de ces structures.

Le monde affectif morbide se révèle ainsi à nous en pleine activité, en train de forger ses outils. En psychologie normale, on se le rappelle, cette mise en lumière a nécessité une longue analyse, de très larges reconstitutions, les chaînons intermédiaires entre les faits manquaient souvent, ce qui n'allait pas sans une mise à contribution d'une large part d'hypothèse. Dans les états post-encéphalitiques, dans l'intoxication mescalinique, on saisit les faits à partir de leur expression la plus simple, là où ils ne sont encore pour ainsi dire que de la matière amorphe, et de là on peut les suivre par toutes sortes de transitions jusqu'aux formes les plus complexes, les plus achevées. Dans ceci, réside précisément l'importance de ces états pour la compréhension de la nature du symbole.

Tout en se prêtant mieux à l'étude des formes de base du symbole, les états encéphalitiques ou mescaliniques sont loin d'en

(1) Ey et Rancoule. — Hallucinations mescaliniques et troubles psycho-sensoriels de l'encéphalite épidémique chronique. *Encéphale*, juin 1938.

être l'apanage exclusif. On les retrouve dans tous les tableaux morbides que la clinique connaît. Ces formes y sont plus ou moins nombreuses, avec la prédominance plutôt en faveur des organisations à une texture plus poussée. Le plus souvent, en opposition avec les états précédents, les formes intermédiaires, qui permettent de suivre les étapes successives de l'élaboration entre deux chaînons extrêmes, n'existent dans la même observation clinique que de loin en loin. Pour cette raison, leur valeur démonstrative dans l'exposé est beaucoup moindre. Toutefois, pour montrer que ce mode d'organisation est partout identique, quelle que soit l'entité clinique dont ces formations relèvent, nous passerons en revue brièvement quelques exemples puisés à dessein dans des états psychopathologiques les plus divers, mais autres que ceux dont il a été question jusque-là.

Dans les cas les plus simples, exactement comme cela se passait chez les post-encéphalitiques ou dans l'ivresse mescalinique, qu'il s'agisse des impressions morbides relevant des sens, de la sensibilité générale ou plus particulièrement de la cénesthésie, la matière sensible est projetée au dehors dans un état d'organisation rudimentaire qui masque à peine son origine et sa nature. Il s'agit des exemples classiques, telles les impressions de transformation corporelle, d'étrangeté de l'ambiance, de terne, de brouillard, etc..., qui ont servi en partie pour construire les syndromes d'action extérieure et d'influence. Très souvent, il s'agit là d'explications, mais ce sont aussi presque toujours des descriptions et surtout au commencement de la maladie, ce n'est guère que cela.

Voilà l'extériorisation pure et simple d'une impression cénesthésique pénible :

Je vis le cerveau terne. Je n'ai aucune pensée, je suis fatiguée. La pensée m'échappe. Je suis fatiguée, lasse, fébrile... Je me sens engourdie, étourdie. Je ne puis pas arriver à finir ce que je faisais. Il me semble que je n'arriverai pas au bout (1).

Même traduction élémentaire d'un sentiment d'ambivalence chez un schizophrène :

Je suis double face, parfois je parle de ce côté-là, parfois de l'autre. Par exemple, je dis : « J'aime ceci », et l'autre face répond : « Je ne l'aime pas. » C'est horrible, ça change toute la réalité (2).

(1) Claude, Ey et Migault. — Etats « dysthésiques » de structure comitiale. *Ann. méd.-psych.*, 1934/I.
(2) Engelson. — Un cas typique de schizophrénie. *Ann. méd.-psych.*, 1934/I.

Impressions de dislocation avec une ébauche d'organisation.

C'est un haut-parleur dans la tête. Ce sont des discussions entre personnes ; on parle d'elle, de magnétisme, « on dirait que c'est une pensée, mais ce n'est pas moi » (1).

J'ai le corps comme une caravane vivante ; quand un corps devient une caravane, c'est quelque chose (2).

Organisation aux traits beaucoup plus accentués.

Elle a des pieds morts, ses ongles ne poussent plus, les membres qu'on lui remet sont « repris » sur les morts. On lui fixe des rivets dans le dos..., on lui a mis des jambes en bois, elle a entendu dire qu'elle avait une jambe en bois, l'autre en fer (2).

Enfin, une élaboration poussée assez loin, pourtant la nature de l'impression sous-jacente se devine aisément. Il s'agit d'un peintre décorateur présentant des troubles maniaques.

« J'ingurgite stomacalement de la pensée, ça m'est très désagréable de digérer tout cela. Je sens mon corps qui se modifie, tantôt j'ai des hanches grecques, tantôt égyptiennes ; l'ossature est plus ou moins apparente d'un moment à l'autre de la journée... Par moment, mon cerveau n'est pas parfaitement soudé, mes pensées s'envolent, un avion avec un grand cornet dirigé dans le sens de la marche qui absorbait cette subtile substance qu'est la pensée. » (3).

Il est évident que le travail d'élaboration de la matière pathologique ne s'arrête pas toujours aux formes étudiées jusqu'ici, formes en somme assez élémentaires et qui laissent aisément deviner la nature de l'impression sensible qui leur a donné naissance. Souvent, très souvent même, et ceci a surtout lieu dans les psychoses, la structuration est poussée beaucoup plus loin et l'impression ou les impressions pathologiques disparaissent, masquées plus ou moins complètement par les formes complexes qu'elles supportent. Il n'y a rien d'étonnant à cela, puisque une impression sensorielle élémentaire, par un mécanisme dont il sera question ultérieurement, est capable d'engendrer à elle seule un ensemble touffu dont il n'est pas toujours aisé de retrouver tous les fils.

(1) Dupré et Logre. — Les psychoses imaginatives aiguës. *Ann. méd.-psych.*, 1914/II.
(2) Belvet. — Le sentiment de dépersonnalisation dans les délires de structure paranoïde. *Thèse Lyon*, 1936.
(3) A. Deschamps. — Essai d'exploration pharmacodynamique du psychisme des déments précoces. *Thèse Paris*, 1932.

Un sujet de Marinesco, à qui on a donné dans la main un morceau de sucre, voit, sous l'influence d'une injection de mescaline, des Japonais en ivoire ayant les jambes brisées.

Un autre sujet du même auteur a, dans des conditions analogues, la vision du Christ entouré d'anges.

Dans des cas relativement simples, plusieurs impressions, sous l'influence des préoccupations du malade, sont condensées dans une entité qui devient un des motifs du tableau pathologique.

Une malade de Janet, citée par Teulié, parle « des droits de bouche et des droits du mouton ». Elle désigne ainsi « l'appétit ou la santé » (1).

Nous faisons abstraction pour le moment des expressions néologiques qui servent comme symbolisants à ces ensembles, n'ayant en vue ici que ceux-là. Dans des formations de cette nature, se trouvent agglutinées plusieurs entités élémentaires à facture purement sensible décrites précédemment. Généralement, cette organisation se complique du fait que ce sont des motifs proprement psychiques, entre autres ceux qui se rattachent aux souvenirs ou à l'histoire du malade, qui fournissent les cadres et les matériaux nécessaires pour l'élaboration de la matière sensible. Dans des cas pareils, l'impression sensible et les éléments de la structure qu'elle a engendrée sont réunis par l'intermédiaire du réseau enchevêtré des rapports qui englobent le psychisme presque entier du sujet. Il est impossible souvent d'inférer de la superstructure à l'infrastructure autrement qu'en grandes lignes.

Un malade de Guiraud répète depuis 25 ans la phrase suivante : « C'est simultané d'opération, sein chimique, hémorroïde, hypondriaque et tauromachie ». Après plusieurs semaines d'examen, l'auteur a fini par élucider la signification de ces néologismes. Ceux-ci résument, sous une forme condensée, tout un système délirant à base de persécution sexuelle. Simultané, veut dire opération simulée, inutile en définitive, opération injustifiée. Pendant la nuit, on lui faisait subir des opérations de ce genre consistant en actes sexuels contre nature. Le sein est pour lui l'expression de la sexualité. Chimique veut dire quelque chose de faux, de pas naturel, comme on a pu dire le pain chimique, le vin chimique. Hémorroïde est un terme suffisamment explicite pour localiser les persécutions sexuelles : hypondriaque,

(1) C. Teulié. — La schizophasie. *Ann. méd.-psych.*, 1932/I, page 113.

déformation de hypocondriaque, est quelque chose de physiquement pénible ; tauromachie représente une violence cruelle (1).

Quand on lui demande ce qu'elle ressent, une malade répond par la phrase suivante : « Je suis très mère, très face, très ficelle, très France par le droit. » Voici la signification de certaines de ces expressions. La « France » représente la femme en général sous son aspect le plus noble. « Droit » est synonyme de moralité. Il fait allusion à tous les avantages spirituels et matériels que procure une bonne conduite. La « Face » serait vaguement synonyme de figure. C'est tout aspect tangible de sa personnalité physique et morale. Par le terme « imperdu », la même malade, qui a eu un passé plutôt orageux, désigne une fille qui a perdu sa « France » mais qui en « reconnaît tous les droits ». Elle veut dire une « fille perdue », consciente de son abaissement physique et moral, mais qui se considère comme une victime des circonstances et des hommes (2).

Les entités de cette nature ont la même organisation que les formes hypercondensées étudiées à propos du symbole normal et dans lesquelles nous avons vu les instruments les plus caractéristiques de la pensée intérieure. Rappelons l'exemple de Paul Valéry, son « Cimetière Marin » lui est apparu comme un certain rythme ; l'exemple de Flaubert, son roman « Salammbo » se présenta à lui comme une couleur pourpre. Aussi osée que cette affirmation puisse paraître, les ensembles étudiés ici, bien entendu quand on n'a en vue que le mode d'organisation et non le contenu, leur sont superposables à tous les points.

L'exemple suivant est particulièrement suggestif à cause de sa simplicité même :

Une malade de Guiraud et Soon s'exprime dans les termes suivants : « Il m'a été dit ce matin : On a voulu vous faire ouvrir des situations ignorées contre le frère de votre femme. » Ces auteurs expliquent : « A chaque péripétie du délire, une situation, un état nouveau se présente, on la provoque, on l'ouvre. On verra ainsi apparaître successivement dans le délire du malade la « situation-amour », la « situation-mort », la « situation-criminalité », etc... Guiraud et Soon soulignent avec raison que ces situations, qu'ils assimilent aux complexes de psychanalystes, ont « une unité affective avec expression intellectuelle et verbale multiple » (3).

(1) Guiraud. — Analyse du symptôme stéréotypie. *Encéphale*, nov. 1936.

(2) Pottier. — Réflexions sur les troubles du langage dans les psychoses paranoïdes. *Thèse Paris*, 1930.

(3) Guiraud et Soon. — Délire systématisé avec hallucinations visuelles. *Ann. méd.-psych.*, 1925/I.

Tout comme les formes similaires du symbole normal, les constructions de ce genre, grâce à l'expression simple et dépouillée de leur substitut, ont le mérite de faire apparaître l'importance primordiale de la structure et le rôle très secondaire du substitut qui les désigne. Dans les cas comme celui-ci, le substitut est littéralement noyé par l'étendue du contenu qui se condense en lui. C'est ici que se justifient particulièrement les propos de la malade précédemment citée : un symbole est un mot qui fait penser et c'est dire en un seul mot plusieurs autres choses.

Chaque sujet organise son expérience morbide en des créations dans lesquelles fusionnent aussi bien les éléments pathologiques proprement dits que ses façons de réagir en face du mal, son histoire passée et actuelle ou plus brièvement sa personnalité entière. Suivant la nature du syndrome clinique, ces formations complexes englobent un moment ou une tranche de psychisme plus ou moins étendue. Nous avons vu que ces ensembles, en passant dans le discours, s'étalent en largeur, en se fragmentant à l'aide des éléments de représentation en des entités plus simples. Cet étalement n'a pas toujours lieu et même n'a lieu qu'en des cas exceptionnels dans les états psychopathologiques. Ces structures s'extériorisent sur le plan verbal, telles qu'elles existent sur le plan de la pensée intérieure, donc sous une forme d'hypercondensation. Le langage alors, surtout si ces formations sont nombreuses, donne l'impression d'incohérence, mais c'est là une pseudo-incohérence. Elle n'existe pas dans l'esprit, par exemple du malade paranoïde, où ce cas se rencontre assez souvent.

Une malade de Baruk tient des propos sans suite où reviennent sans cesse les mots : « La rouge, la bleue, c'est ennuyeux. » Comme cette malade à pu l'expliquer, à la suite d'une rémission, ces paroles se rapportent à un événement de sa vie. Pendant un certain temps, elle craignait que sa bonne ne se montre trop empressée auprès de son mari. Cette bonne s'habillait toujours en rouge, tandis qu'elle s'habillait en bleu. Le rouge est devenu pour elle, dans la suite, le symbole de tous les dangers qui sont capables de menacer son foyer (1).

En présence d'un tel cas, et en l'absence de l'explication du malade, nous parlerons d'impénétrabilité du langage, d'impossibilité d'établir le contact avec les schizophrènes, etc... Pourtant,

(1) H. Baruk. — *Psychiatrie médicale, physiologique et expérimentale.* Masson et Cie édit., Paris, 1938.

il ne s'agit en somme que d'un langage normal, de notre langage à nous tous : de notre langage intérieur. Celui-ci est projeté à l'extérieur tel que, sans que ses virtualités soient développées comme cela a lieu dans la vie psychique normale.

Telles sont, dans leurs grandes lignes, les étapes d'élaboration et d'organisation de la matière sensible dans les états psychopathologiques. Cette description ne fut possible que grâce à un artifice qui consistait à faire systématiquement abstraction, aussi bien de la nature des éléments de représentation qui servent de support à ces structures que du mécanisme qui les lie les uns aux autres. Dès que l'on veut approfondir davantage le problème du symbole en psychopathologie, on se heurte à ce double point d'interrogation. La question qui s'est déjà posée à propos du symbole normal et qui forme, pour ainsi dire, le point central du problème, se pose donc ici en des termes identiques. La réponse, elle aussi, est identique dans les deux cas. Les contenus et les éléments de représentation qui les expriment sont liés par une relation de similitude qui ne découle pas de la nature des choses, mais de l'attitude du sujet qui sent et qui réagit.

L'organisation de la matière sensible et son expression à l'aide des éléments de représentation s'effectuent grâce à l'analogie qui opère suivant deux modalités qui ont été décrites respectivement sous les termes de l'immédiat et du médiat. A cause de l'existence d'une matière sensible de néoformation qui s'élabore sous nos yeux, en raison de l'existence des formes qui par une graduation presque imperceptible mènent vers des structures excessivement complexes, en psychopathologie, ce mécanisme, sous son double aspect de l'immédiat et du médiat, trouve son expression la plus complète et la plus démonstrative.

Le malade, pour traduire ses expériences, cherche une forme verbale appropriée. Celle-ci ne sera pas toujours symbolique, parfois elle ne fera que décrire les faits. Le sujet se bornera à relever purement et simplement les changements qu'il constate en lui et autour de lui. Ce seront, dans le cas d'un sentiment de transformation de la personnalité, des descriptions en termes directs du changement corporel, de la dissociation, de la dislocation du corps, etc... S'agirait-il d'un sentiment d'étrangeté de l'ambiance, le malade s'exprimera toujours en termes directs qui feront apparaître des troubles de la notion du temps et de l'espace ou de l'acte perceptif lui-même. Enfin, si c'est un état cénesthésique qui est en question, il parlera de brûlures, d'un mauvais fonctionnement de tel ou tel organe, de sensations

pénibles, etc... Les formes au contenu purement sensoriel ou sensible, dont il a été question à propos de l'ivresse mescalinique et des états post-encéphalitiques, rentrent dans la catégorie des descriptions directes.

D'autres fois, et assez souvent chez un même malade, des images apparaissent de place en place, à côté d'une description pure et simple des faits qui forment une esquisse assez franche de traduction analogique.

Voici une auto-description d'un état intérieur pénible, très vraisemblablement l'expression subjective de la désagrégation mentale au début. « Parfois c'est des conversations entières, questions et réponses, qui se succèdent en moi. » (1).

Ici, il s'agit d'une présentation directe des faits. Mais voici comment s'exprime encore la même malade à une autre occasion :

« Je ne peux plus diriger mon cerveau dans ces conditions, ça me donne le mouvement perpétuel.

« ...Je crois que j'ai un film dans le cerveau, c'est comme du feu...., il y a là des personnes et des âmes qui se prennent..., je ne comprends pas... ça doit s'aimanter... »

On voit très nettement se profiler un commencement de traduction analogique (j'ai un film dans le cerveau, ça doit s'aimanter). Toujours chez la même malade et à propos du même sentiment, voici un exemple où cette traduction analogique est poussée beaucoup plus loin :

« J'ai une fissure dans le cerveau, on me le remplit de seaux à balayures de dictionnaires. »

Il est évident qu'en l'occurrence les seaux à balayures et les dictionnaires servent à figurer la multitude des motifs qui sont charriés à chaque instant par la pensée intérieure. Sous l'influence d'un processus de désagrégation, ce phénomène normal donne ici lieu à un sentiment pénible. Rappelons en passant le malade qui (p. 47) a exprimé un sentiment analogue en affirmant que son corps est « comme une caravane vivante ». Dans des exemples de ce genre, le mécanisme de formulation symbolique

(1) Engelson. — Un cas typique de schizophrénie. *Ann. méd.-psych.*, 1934/I.

par l'immédiat apparaît en toute clarté. Deux faits sont rapprochés et traduits l'un par l'autre en vertu d'une analogie qu'y trouve le sujet qui les éprouve. Les contenus néoformés engendrés par la maladie s'organisent en entités sensibles, qui, en s'exprimant, recourent au même titre que tous les autres ensembles qui reflètent le dedans, aux éléments de représentation pris dans leur signification affective. Cela a été le cas de tous les exemples cités à propos des étapes successives de l'élaboration de la matière sensible dans l'ivresse mescalinique et chez les post-encéphalitiques. C'est l'analogie par l'immédiat qui a fourni leur forme discursive à toutes ces structures élémentaires.

C'est elle qui fait traduire la luminosité, l'éclat des couleurs des images mescaliniques par la vision de chevaliers chevauchant sur de somptueuses montures, par la vision d'étoiles d'or, de sabres turcs richement incrustés. C'est encore elle qui fait représenter à un autre sujet de Marinesco le même sentiment par la vision d'une mer bleue, par un amas de sucre blanc disposé géométriquement et l'intérieur d'une cathédrale gothique. Il est intéressant de noter en passant, que tout comme en psychologie normale, ici aussi nous voyons une même impression symbolisée en plusieurs versions à l'aide d'éléments de représentation différents par leur valeur pragmatique, mais identiques par leur signification affective.

L'analogie par l'immédiat entre les impressions respectives est encore à la base de l'élaboration de certaines sensations visuelles en des formes ornementales, géométriques, etc..., comme cela se voit dans l'ivresse mescalinique. C'est aussi l'analogie par l'immédiat qui fait dire à un malade parlant de ses voix, « c'est comme si j'avais un haut-parleur dans la tête », ou, à un tel autre, « j'ai une caravane dans le corps ». Un autre encore compare le bruit que font ses « voix » au fourmillement produit par le café qui tourne dans un brûloir.

Il s'agit toujours du même mécanisme dans l'exemple suivant où une sensation cénesthésique est traduite comme suit :

Lorsque j'essayais de m'endormir en répétant la formule du professeur Coué, je tombais, non dans le sommeil, mais dans une sorte d'engourdissement et sans pouvoir me défendre, environnée de coquillages, de moules, de poissons, de sangsues, enfin de toutes sortes de bêtes qui vivent dans l'eau, puisque je sentais l'eau (1).

(1) Rancoule. — Contribution à l'étude de troubles psycho-sensoriels dans le syndrome de Parkinson encéphalitique. *Thèse Paris,* 1937.

Chaque terme de cette description est relié par une relation de similitude avec les éléments sensibles correspondants. Une impression plus étoffée, plus nuancée, ou même une impression relativement pauvre, mais chez un sujet imaginatif ou cultivé, sera traduite toujours à l'aide du même mécanisme par une description dans le genre de celle que nous avons citée à la page 44, où dans une vision fantastique s'entremêlent des animaux difformes, des sujets avec des fourches, etc...

Pour montrer la généralité de ce processus, on peut encore noter que le symbolisme sexuel, si minutieusement décrit par l'Ecole psychanalytique, est construit suivant le même mécanisme : celui de l'immédiat.

Une malade déclare avoir voulu « commenter l'amour », elle est allée dans la cuisine et a mis des carottes dans une grande marmite : « Oui, j'ai pris des carottes, je les ai mises dans la marmite. La marmite c'est moi, je suis la marmite... » (ENGELSON).

Cette façon de « commenter l'amour » est bien surprenante, mais l'analogie sensible qui est à la base de cette figuration est bien apparente.

Donc, le sujet formule et construit ses impressions à l'aide du vocabulaire affectif ou plutôt à l'aide de son vocabulaire affectif et, à ce titre, il se comporte exactement comme le rêveur ou le poète. Ce fait capital devient encore plus visible, plus frappant, quand il s'agit des constructions analogiques par le médiat. Dans ce cas, le lien analogique est moins direct ; il opère à travers plusieurs chaînons intermédiaires. La parenté sensible cesse d'être le facteur prévalent. C'est la personnalité du sujet restée jusqu'à maintenant à l'arrière-plan qui devient le facteur principal. L'histoire du sujet, ses tendances, son état d'esprit momentané ou permanent, son degré d'optimisme ou de pessimisme, ses préoccupations, sa profession, entrent alors en jeu et sont presque exclusivement responsables du revêtement représentatif que reçoivent les formes élaborées. Nous avons amplement développé ce point de vue dans la première partie de ce travail pour que nous puissions nous limiter à ne relever que les points saillants.

Une malade de Rancoule, post-encéphalitique, voyait des maisons où elle a vécu, des bêtes féroces qui sont très douces pour elle, sa sœur qu'elle désirerait voir plus souvent (1).

(1) RANCOULE. — Contribution à l'étude de troubles psycho-sensoriels dans le syndrome de Parkinson encéphalitique. *Thèse Paris*, 1937.

Une autre malade, du même auteur, reconnaît, sur les carreaux de la fenêtre, des soldats en bleu horizon qu'elle identifie avec son mari et son beau-frère (*Ibid.*).

Rappelons le malade de Morax (p. 44), atteint d'une double rétinite, qui voyait un paysage de neige le jour où il dictait ses souvenirs de Russie, un Turc en turban, le jour où il parlait de la Turquie.

On s'aperçoit que la projection au dehors des complexes et des préoccupations, que l'on constate souvent chez les encéphalitiques ou chez les individus sous l'action de la mescaline, se ramène au travail habituel d'élaboration symbolique, celle qui consiste à formuler ou à identifier aussi bien le monde extérieur que le monde intérieur à l'aide du vocabulaire affectif que le sujet s'est forgé au cours de son existence. Cette transposition des contenus de la conscience à l'aide du vocabulaire affectif, en l'occurrence à l'aide du médiat, est absolument générale et n'est nullement particulière, cela va de soi, aux post-encéphalitiques ou aux états d'ivresse mescalinique. Dans ces cas, cette manière d'opérer est plus visible, plus facile à saisir, parce que, comme il a été dit, l'attache qui réunit la matière sensible à la forme qui l'exprime est pour ainsi dire sous nos yeux. Bien que cela ne soit pas toujours le cas, les choses se passent point par point exactement de la même façon dans les autres tableaux cliniques.

Un malade, étudiant en médecine, présentant un accès onirique avec un état d'hypoexcitation maniaque, formule ainsi son expérience morbide :

Un jour, il a l'impression d'avoir été conduit dans une salle d'opération où il a été anesthésié à l'électricité et au chloralose et où ensuite il a été trépané... On lui a fait une opération pour des mesures de chronaxie. On lui a fait subir des épreuves extraordinaires : on l'a mis sous plusieurs épaisseurs de draps et on lui a fait traverser le vide absolu...

...On lui a fait subir un traitement à « l'allantoïdine », ce qui lui faisait rendre des selles de métal comme de l'étain ou de l'antimoine.

« ...On devrait me laisser sur la table pour faire des dissections, la cachexie strumiprive avec la fin du monde, vous n'avez qu'à me désigner avec le marteau, je veux un électro-pulsogramme, c'est le robot qui parle. » (1).

Les acquisitions professionnelles sont mises à contribution pour exprimer en langage de représentation un état intérieur

(1) Mlle Gévaudan. — Syndromes périodiques nerveux et mentaux en dehors des états maniaques et dépressifs. *Thèse Paris,* 1937.

complexe. Il est plus que vraisemblable que le sujet se serait exprimé en des termes relevant des belles lettres ou du droit, si par hasard, au lieu d'avoir une formation médicale, il avait été élevé dans l'une de ces deux disciplines. La formule du délire aurait beau alors paraître absolument différente de celle qui vient d'être citée, elle ne lui serait pas moins superposable sur tous les points. C'est le même état qui s'exprimerait à travers une construction représentative, ne ressemblant en rien à la précédente par la signification pragmatique de ses constituants, mais identique par sa signification affective, et cela seul compte.

Même dans les cas de structuration à l'aide du médiat et en dehors des états mescaliniques ou post-encéphalitiques, il est parfois possible d'apercevoir, sous la formule représentative, la sensation ou les sensations qui l'ont engendrée, et, par cela même, le mécanisme de transposition de l'une dans l'autre devient visible. Dans les deux exemples suivants, il s'agit de malades catatoniques :

Un pasteur raconte que, pendant l'accès catatonique, il se croyait être à quatre pieds au-dessous de l'eau. Il lui semblait qu'il était une femme et que sa mère lui parlait des difficultés obstétricales résultant de sa position dans son corps (Wolff) (1).

Une malade de Baruk, dont l'accès catatonique a coïncidé avec une poussée d'une toxi-infection colibacillaire, se croyait en train d'être transportée en avion en Russie. Elle prenait sa chambre pour une cabine d'avion et était convaincue que son mari et ses proches avaient été tués par suite d'une indiscrétion qu'elle avait commise. Elle devait se tenir immobile pour éviter le moindre geste compromettant. Lorsqu'on éteignait la veilleuse, le soir, cela correspondait à l'extinction des feux avant son exécution. Elle se tenait immobile sur son lit, croyant que, dans le cas contraire, des salves partiront des quatre coins de sa chambre (2).

L'engourdissement, l'immobilité ou, pour parler le langage de certains psychiatres, la suspension de l'initiative motrice, fait naître chez l'individu un sentiment qui est l'expression subjective de ces troubles. C'est ce sentiment qui forme le noyau des deux structures délirantes ci-dessus. Transposé à l'aide des éléments de représentation pris dans leur signification affective, il est à l'origine des propos du malade qui se croit successivement

(1) Cité par Ellenberger. — Essai sur le syndrome psychique de la catatonie. *Thèse Paris*, 1933.

(2) Baruk. — *Psychiatrie médicale, physiologique et expérimentale.* Masson et Cie édit., Paris, 1938.

sous l'eau et dans une mauvaise position gynécologique. La même explication s'applique à la croyance de l'autre malade qui devait se tenir immobile pour ne pas compromettre les siens ou pour ne pas faire partir une salve des quatre coins de la chambre.

A cause de l'extériorisation plus complète de la pensée affective, on s'aperçoit ici, mais d'une manière beaucoup plus directe, beaucoup plus saisissante, que l'élaboration perceptive ne commence jamais par se faire suivant les lois de la pensée conceptuelle, mais suivant celles de la pensée affective. Chaque perception, sous sa forme primitive, sous la forme de notre pensée intérieure, est une comparaison, une identification et finalement une traduction à l'aide du vocabulaire des formes d'expression affectives que chaque individu se forge au cours de son existence. La perception telle que la connaît la pensée conceptuelle résulte d'une élaboration secondaire.

« Rien n'est moins immédiatement donné », écrit Klages dans ses *Principes de caractérologie,* « que par exemple la perception d'une couleur rouge, fait considéré comme très simple dans la pratique psychologique actuelle. Une boule rouge placée à une distance d'un mètre des yeux apparraît différemment à un enfant et à un vieillard, à un homme dispos et à un homme fatigué; suivant qu'on la regarde un instant ou un temps prolongé, elle apparaît autrement à un affamé qu'à un homme rassasié, et à une personne gaie autrement qu'à une personne triste... La couleur rouge, et même un rouge défini, est une conception de l'esprit que l'on obtient en élaborant des expériences intérieures, mais elle n'est pas elle-même, le contenu d'une expérience... »

Entre la matière sensible et la perception, s'intercale toujours la personnalité du sujet. Elle s'y retrouve même en entier chaque fois, puisque ces entités affectives servant à l'identification et à l'expression de la matière sensible, ce nous qu'elles expriment et ce qu'il y a de plus intime en nous. Une même donnée perceptive ne reçoit jamais sur le plan de la pensée intérieure le même revêtement représentatif chez deux individus différents : leurs vocabulaires affectifs, surtout dans la partie qui relève du médiat, ne concordent que très rarement. La même donnée peut prendre et prend effectivement une signification affective, nous l'avons vu en étudiant le symbole normal, et plus particulièrement la figuration symbolique à l'aide du médiat dans le rêve, absolument dissemblable chez deux individus suivant leur histoire, leurs tendances, etc... La psychopathologie confirme surabondamment ce fait. Il suffit de penser combien peu se ressemblent, par leur

expression représentative, les contenus psychiques engendrés sous l'influence de la mescaline. Pourtant, l'action physiologique de cet alcaloïde doit être, au moins dans ses grandes lignes, identique chez tout le monde. L'expression représentative des contenus délirants diffère parce que les vocabulaires qui les traduisent diffèrent entre eux. Plusieurs auteurs constatent que les troubles psycho-sensoriels de l'encéphalite ne donnent nullement naissance à une forme délirante qu'on puisse regarder comme caractéristique de cette affection. On sait, en effet, que dans cette affection se rencontrent tous les types de délire observés ailleurs et qu'au « bout d'un certain temps d'évolution, on ne peut plus distinguer cliniquement les délires hallucinosiques encéphalitiques des délires hallucinatoires constitutionnels » (Guiraud). Cette constatation n'a pas de quoi nous étonner, pas plus d'ailleurs que la ressemblance entre la formule délirante des mêmes encéphalitiques et celle des schizophrènes. La formule délirante exprime la maladie vue à travers la personnalité du sujet, elle est donc essentiellement œuvre individuelle. Or, le sujet opère toujours de la même manière : à l'aide des équivalences affectives. Le délire d'un schizophrène se distinguera d'un délire d'un malade similaire, et se rapprochera en revanche plus ou moins de celui d'un encéphalitique, dans la mesure de la ressemblance entre leurs vocabulaires affectifs respectifs, expression de leur personnalité intime. On voit, par là même, soit dit en passant, combien oiseuses sont les entreprises qui cherchent à établir à tout prix, comme l'a essayé par exemple Steck, une différence entre la formule délirante de la schizophrénie et celle de l'encéphalite. D'ailleurs, dans cet ordre d'idées, on peut aller plus loin et constater combien fragiles sont les cadres nosographiques basés sur la psychologie.

Le malade se comporte donc en somme comme un sujet normal, quand celui-ci cherche à exprimer des valeurs de vécu. Il élabore la matière morbide et il la traduit par un jeu d'équivalences affectives, formant un système d'annotations forgé, nous avons vu précédemment avec quoi et comment. Dans cette œuvre de transposition, le motif central, le noyau de chaque construction, apparaît en vertu d'une relation de similitude qu'il soutient avec le contenu qu'il figure. Le motif principal fait à son tour en surgir d'autres, reliés à lui par une relation de même nature.

Ainsi le catatonique de tout à l'heure traduisait son immobilité par la conviction d'être sous l'eau. Cette image en appelle une autre : notre malade se voit dans le ventre de sa mère, dans une position

obstétricale difficile. Le lien sensible qui réunit ces images successives est bien visible.

L'autre catatonique expliquait son immobilité par la crainte de compromettre les siens. Ce motif appelle, par le même jeu des relations affectives, d'autres éléments qui complètent la construction délirante.

La malade en question (probablement Russe), se croit en avion en train d'être transportée en Russie, voit des soldats dans les quatre coins de la chambre, prêts à tirer sur elle au moindre geste, etc...

En se servant une fois de plus du terme de Schilder, nous dirons que l'image centrale fait surgir les composantes qui forment sa sphère. Parfois, on a la chance de recueillir de la bouche du malade des propos qui font apparaître lumineusement la nature du réseau relationnel qui enserre dans ses mailles tous les composants de la pensée affective.

« Quand on me dit des choses agréables », déclare une malade, c'est mon mari ; quand on me dit des choses désagréables, ce sont des ennemis, soit de moi, soit de mon mari (1).

Cette phrase, à cause de sa simplicité même, fait saisir, plus que de longs développements, la façon dont la pensée affective classe et lie ses contenus. On voit comment, en partant d'un tel critère, des faits absolument hétérogènes pourraient se trouver réunis dans une seule et même sphère et très souvent même être employés comme des équivalents affectifs les uns des autres. De même, si l'on adopte un critère de cette nature, les choses que la pensée pragmatique donne comme très proches se trouveraient séparées, par un véritable abîme, comme foncièrement différentes. Une impression sensorielle élémentaire, un son, une couleur, si elle s'exprime à l'aide d'un élément faisant partie d'une sphère étendue, peut, dans ces conditions, être le point de départ d'une vaste construction qui ne sera en somme que l'extériorisation et l'étalement de tous les éléments de cette sphère. Chacun de ceux-ci appelle le suivant en vertu de la relation analogique qui le rattache à lui.

Il s'agit d'un peintre ayant reçu une injection de mescaline et à qui on donne dans chaque main une pièce de monnaie. Celles-ci lui paraissent plus pesantes et plus volumineuses qu'en réalité. Ce sont des monnaies grecques antiques. Il a l'impression de se trouver dans un

(1) J. Capgras, H. Beaudouin et R. Briau. — L'explication délirante. *Ann. méd.-psych.*, 1934/I.

musée ; il voit des vitrines capitonnées avec de la peluche de couleur champagne-fraise. La couleur de monnaie d'argent est projetée sur la peluche... Quelques sons musicaux (on fait marcher un pathéphone pendant l'expérience) éveillent en lui l'image de Caligula sur une grande médaille qui rappelle à son tour le lac Nemi et les fouilles archéologiques qu'on a faites dernièrement en Italie (1).

Les exemples de cette nature résument tout ce qui vient d'être dit au sujet de la nature du symbole, de sa formation et de son mécanisme. Ils font apparaître mieux que toute autre chose la nature hétéroclite des matériaux organisés en des formations cohérentes par la pensée affective, ainsi que les modalités de cette organisation et le jeu d'équivalences qui constituent la condition fondamentale de toute transposition symbolique. Ils montrent encore, et c'est surtout cela que nous avons en vue ici, le rôle joué par le réseau relationnel de la pensée affective dans l'élaboration des contenus sensibles en termes de représentation. Dans chaque construction, à côté des éléments de représentation appelés en vertu de leur signification affective, viennent s'en ajouter d'autres faisant partie de la sphère des précédents et qui contribuent ainsi pour une large part à étoffer, à étendre et à diversifier la formule du délire.

Le malade ne se borne pas toujours à couler les contenus pathologiques dans les moules tout faits que lui offre son vocabulaire affectif construit au cours de son existence antérieure à la maladie. Très souvent, probablement parce que les formes d'expression de la vie normale ne sont pas toujours aptes à remplir un rôle qui n'était pas prévu pour elles, le malade crée des formes plus ou moins inédites pour mieux traduire le contenu morbide. Cette néoproduction peut être plus ou moins abondante, plus ou moins variée et s'étendre sur un secteur plus ou moins vaste du psychisme.

Elle peut ne concerner qu'un point particulier, par exemple un certaine impression sensible pour laquelle le malade cherche une formule représentative qui la traduise aussi fidèlement que possible. Une malade, pour exprimer l'impression que lui fait l'irruption brusque, dans son idéation des motifs étrangers, parle d'un mode de transmission analogue au « procédé d'électro-rêve » (2).

Un autre, dans des conditions similaires, s'exprime ainsi : « Je

(1) Marinesco. — Recherches sur l'action de la mescaline. *Presse médicale*, 16 septembre 1933.

(2) Pottier. — Réflexions sur les troubles du langage dans les psychoses paranoïdes. *Thèse Paris*, 1930.

réclame contre les envoûtements renforcés, et les forceps à l'étau qui m'ont anéanti l'ossature et l'esprit. » (1).

Une malade de Baruk, expliquant son état mental au cours d'une absence épileptique, se sert à un certain moment de l'expression de « douleur en philosophie ».

D. — Pourquoi dites-vous une douleur en philosophie ?

R. — Parce que c'est plus triste que sensuel, plus grincheux qu'une douleur, c'est comme une aigreur de la vie. « La malaise », affirme-t-elle dans un autre passage, « a, en effet, toujours la même aigreur, mais pas toujours le même goût » (2).

On trouvera que ces expressions rentrent dans le cadre du paralogisme ou même dans celui du néologisme. Oui, à la rigueur, si l'on veut. Mais ces expressions sont aussi, et avant tout, des métaphores symboliques. Elles sont de même nature et formées par le même mécanisme que les créations similaires des poètes. Pour les propos tels que « l'électro-rêve », douleur en philosophie, il s'agit d'une construction basée sur l'analogie entre les impressions en présence, en l'occurrence par l'immédiat. Quand Verlaine, ou Baudelaire, pour ne rappeler que des exemples déjà cités, parlent l'un de son âme vague et broyée au fond d'un brouillard hivernal, l'autre de lui-même comme d'un boudoir plein de roses fanées, ils ont recours à la même technique et créent le même genre de formes pour traduire des valeurs de même nature : le dedans. Entre ces deux séries d'expressions, abstraction faite de leur valeur artistique, qui n'est pas prise ici en considération, il n'existe aucune différence essentielle ; elles relèvent toutes de la métaphore symbolique.

Très proches des précédentes sont les constructions suivantes :

Un malade désigne son persécuteur sous le nom de « perruquier du gouvernement ». Ce perruquier est en même temps concierge. L'analyse a pu démontrer l'origine de cette appellation baroque. Le malade veut dire que son persécuteur est très haut placé, qu'il est en quelque sorte à la tête du gouvernement. Il en fait donc le perruquier du gouvernement. Mais, d'autre part, il veut souligner combien l'attitude de son persécuteur est vile et manque de noblesse ; il en fait donc un concierge, fonction qui n'appartient pas aux plus élevés dans la hiérarchie sociale (3).

(1) Belvet. — Le sentiment de dépersonnalisation dans les délires de structure paranoïde. *Thèse Lyon*, 1936.

(2) Baruk. — *Psychiatrie médicale, physiologique et expérimentale.*

(3) P. Roubinovitch. — Contribution à l'étude de la schizomanie. *Thèse Paris*, 1926.

Une malade affirme : « Je suis au service de Judex, premier chef de Police de Paris et des Hôpitaux. » A la base de ces propos se trouve un sentiment de puissance que le malade cherche à exprimer. Il est indiscutable qu'à une pauvre malade (et non seulement à une malade) qui a pu être placée à l'asile par l'intervention de la police, celle-ci puisse apparaître comme une puissance redoutable. Au motif : police, la malade ajoute, par une sorte de surenchère, le motif Judex, policier amateur hors série. Sa vie se passe à l'asile, il va donc de soi que c'est là qu'elle est appelée à exercer son pouvoir. Au titre chef de Police de Paris vient donc naturellement s'ajouter celui des Hôpitaux (1).

Toutes ces constructions sont à rapprocher de celles que nous avons étudiées dans la première partie de ce travail sous le nom de formes composites, et qui, on l'a vu, se rencontrent principalement dans le rêve. Ce qui frappe et qui déconcerte dans les créations de ce genre, répétons-le encore une fois, ce sont les rapprochement inusités entre les données et la désinvolture avec laquelle elles sont maniées pour être fondues dans un tout qui n'a aucune existence réelle. Des faits et des choses sont rapprochés, des éléments sont artificiellement séparés des ensembles dont ils font partie et réunis uniquement en vertu de leur signification affective, sans aucun souci de leur signification pragmatique. Dans des structures de cette nature, la manière de faire de la pensée affective apparaît avec un relief tout particulier. Ces constructions du rêve, nous les avons assimilées à certaines métaphores poétiques où les termes réunis exclusivement en vertu de leur signification affective ne se rencontrent jamais comme tels dans la réalité. Le « Bateau Ivre » de Rimbaud fourmille littéralement de figures de ce genre. Nous faisons une constatation identique au sujet des constructions similaires des aliénés, elles correspondent sur tous les points aux précédentes. Au fond, toutes ces formes, qu'elles se manifestent à propos du rêve ou qu'elles soient l'œuvre de l'aliéné ou du poète, rentrent dans la catégorie de la métaphore et ne se distinguent de celles dont il a été question auparavant que par quelques aspects particuliers.

D'autres fois, au lieu de ces néoformations ne portant que sur des contenus assez restreints, et assez souvent concurremment avec elles, on en trouve d'autres beaucoup plus étoffées englobant plusieurs faits. Telles sont notamment ces structures hypercondensées décrites à propos du symbole normal. Nous avons

(1) A. Deschamps. — Essai d'exploration pharmacodynamique du psychisme des déments précoces. *Thèse Paris,* 1932.

déjà eu l'occasion de les rencontrer en psychopathologie, et rappelons comme exemple typique, et même amusant, le cas du malade qui organisait ses expériences morbides en des ensembles qu'il désignait par le terme de « situation ». Il parlait ainsi de la « situation-amour », de la « situation-criminalité », etc... Tout comme en psychologie normale, la formule représentative de ces structures est très pauvre en comparaison avec la richesse du contenu sous-jacent. Plus que pour un autre symbole, le symbolisant est ici littéralement écrasé par l'étendue du contenu auquel il sert de substitut. Citons encore un exemple de ce genre de structures :

Un malade, colonel en retraite, présente des obsessions à la suite d'une dépression. Ainsi le mot rampe s'accompagne, chez lui, d'une très forte émotion et cela à tel point que souvent, en montant son escalier, il se trouve dans l'impossibilité de trouver la rampe. Le militaire en question s'est marié vierge à 32 ans ; il a toujours mené une vie de vertu rigide et austère. A certains moments, des regrets ont effleuré son esprit d'avoir donné une telle orientation à son existence. A la faveur de la maladie, ces regrets ont pu se manifester. Effectivement, comme l'analyse a pu le démontrer, le mot rampe évoquait, dans son esprit, l'idée d'artiste du théâtre, de femmes nues, de lieux de plaisir, etc..., plaisirs qu'il regrette, dans son for intérieur, de n'avoir jamais connus (1).

Un très grand nombre d'obsessions révèlent une telle facture. Ce sont, par le mécanisme de leur construction, les produits les plus typiques du médiat. Tout comme c'est le cas des structures hypercondensées de la psychologie normale, leur symbolisant est le plus souvent un des éléments de l'ensemble et il est érigé en indice du tout. Celui-ci se condense en lui.

Les formes inédites examinées jusqu'ici, envisagées plus particulièrement du point de vue du symbolisant, se rangent dans la catégorie du paralogisme. Pour exprimer le contenu morbide, le malade se sert du matériel linguistique existant, en le détournant plus ou moins de son sens habituel. En l'occurrence, il s'agit ici d'une manifestation particulière d'un phénomène très général que les linguistes décrivent sous le terme de polysémie. Ce qui a été dit à propos de la multitude des contenus désignés par un même mot, par conséquent le peu de précision quant au sens du mot employé, explique aisément les choses. La signification qui correspond au contenu le plus important pour le malade

(1) H. Baruk. — *Psychiatrie médicale, physiologique et expérimentale*, Masson et Cie édit., Paris, 1938.

se substitue au sens usuel. Il y a dans de tels cas, comme disent les linguistes, un déplacement de sens, phénomène en somme assez banal, puisque chacun de nous attache au mot un sens particulier et notre compréhension les uns des autres ne se fait que par des à peu près. Ces faits, que nous avons trouvés sur le plan de la pensée intérieure en psychologie normale, se manifestent librement en psychopathologie sur le plan discursif.

Le malade qui parlait « des situations » a opéré un déplacement de sens. Les propos de cette autre malade qui parlait des droits de « la Face, de la France », etc..., sont un exemple de même nature mais constituent déjà un pas vers les formes néologiques proprement dites. Pour chacune de ces expressions, il s'agit d'un processus de déplacement. La signification donnée vient de la zone périphérique du contenu pour se placer à son centre et imprimer son sens au tout.

En partant de ces formes, on peut suivre, sur des exemples appropriés, le passage graduel vers le néologisme proprement dit.

Une malade parle de « méningo-ligaux » qui sont des personnes qui ont, comme elle, les méninges torturées au moyen de magnétisme et d'électricité (1).

Si l'origine du premier terme est visible, cela n'est nullement le cas du second, qui apparaît comme un vrai néologisme.

Nous ne faisons pas ici l'étude de ces faits en eux-mêmes, bien qu'ils le méritent largement, mais en tant que symbolisants. Nous nous limitons donc à ces remarques très générales, sans entrer dans les détails. En tout cas, pour comprendre l'origine d'un assemblage de mots comme celui-ci, il faut compter avec l'intervention de certaines lois linguistiques. En effet, parfois, le malade, pour des raisons dont il vient d'être question, ne se limite pas au déplacement du sens d'un seul mot, mais déplace le sens des deux, des trois, ou de plusieurs. Il accouple ces mots ou même il construit des phrases entières avec eux. En ce moment, interviennent les lois phonétiques, décrites par les linguistes sous les termes d'assimilation, de dissimilation, de métathèse, ce qui a pour résultat que non seulement le sens du mot se trouve modifié, mais aussi sa forme. La forme verbale de très nombreux néologismes créés par les aliénés pourrait s'expliquer ainsi.

(1) Pottier. — Réflexions sur les troubles du langage dans les psychoses paranoïdes. *Thèse Paris*, 1930.

La maladie peut non seulement créer ces formes inédites, plus ou moins variées, elle peut aussi engendrer de toutes pièces, en mettant en œuvre les modes de construction que nous venons d'analyser, les parties essentielles d'un délire entier.

A un degré moins prononcé, elle ne fait que déterminer l'atmosphère générale du délire, son rythme, pour ainsi dire. L'étrangeté du monde extérieur provoquée par l'action de la mescaline et qui est la conséquence de différents troubles perceptifs et sensoriels causés par cet alcaloïde, se traduit, dans les constructions délirantes correspondantes, par une atmosphère d'irréel et de fantastique, qui baigne toutes ses visions. Rappelons cette observation où le sujet traduisait ses impressions à l'aide de son vocabulaire affectif quotidien. Il voyait des animaux, une forêt, des sapins, des hommes armés de fourches, des barres noires. Toutefois ces animaux sont grotesques, ce sont comme des « cochons-sangliers », ils défilent sur plusieurs rangs, les hommes qui les conduisent sont grands et apparaissent sur un fond noir, etc... L'ensemble de la vision dégage bien l'impression de fantastique, de rêve.

Les hallucinations visuelles, résultant d'une irritation ou d'une lésion des voies optiques, peuvent donner lieu à la même constatation. Ici aussi, les éléments du délire sont puisés dans le vocabulaire des équivalences affectives de la vie normale. La sensation de luminosité, conséquence de l'irritation optique, se traduit, tout comme dans l'ivresse mescalinique, par des visions d'étoffes, de fleurs, d'étoiles à couleurs éclatantes. On y retrouve aussi les mêmes cohortes en mouvement. Ce que la maladie y crée d'absolument inédit, c'est encore l'atmosphère générale dans laquelle l'ensemble est plongé. C'est, si l'on veut bien accepter cette comparaison, comme un tableau de Rembrandt où les objets les plus prosaïques se transforment en images fascinantes, grâce à la magie d'éclairage dans laquelle cet artiste a su les plonger.
A un degré plus accentué, l'impression d'étrangeté, pour ne se tenir qu'à cet exemple, tout en continuant à s'exprimer par la tonalité générale de l'ensemble de la construction, s'individualise et se précise à l'aide d'une entité représentative inédite.

« Je croyais que la place des Victoires était minée et qu'en dessous il y avait des cadavres ; on avait recouvert le tout avec du bois et en oubliant d'éteindre. Dans mon esprit, j'étais reporté au temps de l'Inquisition ; d'après moi, c'était Satan qui mangeait les âmes du ciel et avait réussi à enflammer tout, car, par-dessus le ciel, il y a des zones qui se sont enflammées au passage de Satan en feu... » (1).

(1) Dupré et Logre. — Les psychoses imaginatives aiguës. *Ann. méd.-psych.*, 1914/II.

Ici, l'impression d'étrangeté de l'ambiance s'exprime par une construction qui prend l'allure d'une vision apocalyptique. Bien entendu, les croyances antérieures et les préoccupations du malade ont aussi exercé en partie leur influence sur la genèse de cette phantasie cosmique. Mais elles ne l'ont influencée qu'indirectement en orientant l'imagination dans une direction déterminée. Les exemples de ce genre forment le passage vers des structures où les néoformations prédominent de plus en plus nettement, au détriment des éléments habituels et normaux de la représentation affective.

Voici un cas complexe (démence paranoïde) :

...Elle est la Vierge du Ciel pour les Ternes enceintes (ce sont les personnes non saintes). Elle se forme. Elle n'est pas comme une grande personne. Elle est toute tendre. Elle est sur la Terre pour le Mouton du Clergé d'Italie. Elle est disloquée. Le Mouton l'attend depuis sa naissance.

Une petite lui a pris la moitié de son âme en formation. Elle est fiancée à son âme depuis sa naissance. Elle est attachée avec lui à la voiture du Clergé d'Italie. Je ferme un œil pour ne pas donner la réverbération de ma vue au monde : c'est une chose sacrée... Elle a été mariée autrefois par la France, mais depuis la mort de l'âme elle est sacrée-au-mouton (1).

L'analyse détaillée de cette observation, faite à la lumière de distinctions établies sur les pages précédentes, montre la présence des néoformations relevant du médiat, plus particulièrement celles qui se rattachent à la classe des entités hypercondensées (Clergé d'Italie, Mouton, etc...). Il serait aisé de placer avant ce cas des formes intermédiaires qui les réuniraient, par des transitions graduelles aux précédentes.

En même temps que la maladie enrichit le vocabulaire affectif en créant des formes inédites, elle l'enrichit indirectement, du fait que chacune de ces néoformations y fait entrer sa sphère. Autrement dit, le réseau relationnel affectif influence plus ou moins directement la texture des ensembles en construction.

Une malade de Minkowski, à la suite de déboires de la vie, fait un délire dont le motif est la lutte entre le Bien et le Mal, entre le Ciel et le diable. Ce motif va être projeté dans l'ambiance perceptive et donner naissance à tout un système relationnel qui s'étend sur une masse considérable des faits. Elle renverse le café d'une des malades,

(1) Delmond-Bebet. — La schizophasie. *Thèse Paris*, 1938.

parce que le café est noir et que c'est la couleur du diable. Le médecin qui se présente une fois à la visite, avec une tache d'encre sur sa blouse, devient pour cette raison l'envoyé du Mal. Elle ne devait manger que ce qui était blanc et poussait au-dessus de la terre comme les fruits, par exemple, ils appartenaient au ciel. En revanche, les légumes qui poussent en terre lui étaient défendus, ils venaient de l'enfer. Elle déchire un jour sa chaîne, pour « séparer entièrement le ciel de la terre ». Un autre jour, elle tente de s'emparer des clefs de l'infirmière, elles sont celles du ciel (1).

Par le fait même de construire des formes originelles, la maladie crée de nouveaux rapports, ou bien étend et diversifie ceux qui existent. L'apport de cette provenance n'est jamais négligeable, il contribue pour une très large part à fournir les matériaux rentrant dans les constructions symboliques. Ce que l'Ecole psychanalytique désigne par le terme de complexe (le cas rapporté par Minkowski en est un) est essentiellement constitué par un noyau central, complété par des rapports dus au réseau des rapports affectifs.

Ainsi se présente, esquissé dans ses grandes lignes, le système d'annotations symboliques qu'on observe dans les états psychopathologiques et tels sont ses modes de fonctionnement. Dans une étude analytique, nous avons décrit, les uns après les autres, les différents éléments de ce système en allant du simple au complexe, en les isolant le plus souvent artificiellement de l'ensemble dont ils faisaient partie. En réalité, dans une seule et même construction délirante, surtout si elle est d'une certaine envergure, toutes les formes précédemment décrites se rencontrent. Les entités engendrées par l'immédiat s'entremêlent avec celles qui révèlent du médiat. Des constructions, appartenant au vocabulaire antérieur à la maladie, voisinent avec des créations dont celle-ci est l'unique inspiratrice. Il va de soi que tout en se retrouvant plus ou moins complètement dans une même construction délirante, toutes les formes de l'expression symbolique n'y sont pas représentées dans une même proportion. C'est même une des raisons qui différencient les constructions délirantes entre elles. Voici deux observations qui résument, en donnant une vue d'ensemble, tout ce qui a été dit sur les pages précédentes :

Cette nuit-là, j'avais très mal dormi, je me suis réveillée, puis, sans pouvoir faire un mouvement puisque j'étais paralysée, j'ai senti sau-

(1) Eug. Minkowski. — Recherches sur le rôle des complexes. *Encéphale*, n° 4, 1922.

ter sur mon édredon, puis passer sur moi à tour de rôle, de petits cochons d'Inde ou des écureuils ; ils passaient sur mon corps, y faisaient leurs petits besoins. Puis, il y en avait encore un qui était sur mon cou, quand je me suis mise à penser : « Pourvu qu'en passant sur ma poitrine, il ne me tette pas le sein » ; au même moment, la petite bête s'est mise en devoir de le faire... (Plusieurs de ces petites bêtes viennent dans le lit de la malade)..., mais comme ma main était allongée le long de mon corps, mais fermée, ils ont chanté, puis, il y en avait un qui balançait sa queue sur mon cou et qui me faisait souffrir énormément. Les quatre autres ont mis leur queue dans mon poing fermé pendant qu'il y en avait un qui discourait... Je venais de bien border mon lit, lorsque, deux minutes après, je le trouve bien débordé, et je sens qu'au-dessous de moi, c'était dur et chaud. Je me suis alors aperçue que c'étaient de petits cochons d'Inde qui se mettaient dans mon matelas, et mon sommier, et comme je les chassais, ils revenaient tout le temps. Alors je finis par me faire une raison et je ne les ai plus chassés. Comme j'essayais de m'assoupir, j'en ai entendu un qui disait à toute la bande: « Ça y est, vous pouvez passer », et au même moment ils sont tous entrés dans mon ventre en le faisant gonfler (1).

Nous extrayons cette magnifique observation, en regrettant de ne pas pouvoir la donner en entier, de la thèse de M. Rancoule. La facture de cette construction délirante est d'une clarté limpide. Le point de départ en est dans une sensation génitale. Celle-ci s'exprime à l'aide des entités construites presque exclusivement sur l'immédiat. Les liens qui rattachent chacune de ces entités aux sensations dont elles sont le substitut sont visibles par eux-mêmes. Tous les commentaires sont donc ici superflus. A ce premier groupe, s'ajoute un autre qui doit sa présence ici au réseau relationnel affectif. En l'occurrence, il s'agit des liens subjectifs qui existent entre les impressions d'origine génitale et celles de certaines autres zones. Le « pourvu qu'il ne tête pas mon sein » et « ils passaient sur mon corps en faisant leurs petits besoins » sont notamment de cette origine. Une seule création inédite, les héros de cette fantaisie génitale, « ces cochons d'Inde-écureuils ».

...Il croyait que sa chambre était transformée en wagon. Il y avait là des personnages variés. Ce wagon était en relation plus ou moins proche avec un service d'avions. Quand la chambre s'ébranlait, il se

(1) Rancoule. — Contribution à l'étude de troubles psycho-sensoriels dans le syndrome de Parkinson encéphalitique. *Thèse Paris*, 1937.

rendait au bas d'un pylône autour duquel s'enroulait une spirale. Il arrivait ainsi à un paysage d'Arabie (1).

Les composants de cette transposition symbolique sont disposés ici sur deux plans. Sur l'avant, se trouvent les formes qui relèvent du médiat. Pour en connaître la structure avec plus de précision, il aurait fallu avoir beaucoup plus de détails sur la vie intime du malade que n'en donne l'observation. Sur un deuxième plan, sont disposées les formes de l'immédiat, celles qui expriment l'impression sensible, notamment l'impression du mouvement (la chambre se transforme en un wagon qui est en mouvement, on descend le long d'un pylone). Il serait plus exact de dire que les formes du second genre font comme si elles se profilaient à travers les premières. La maladie fournit un apport original en imprimant à toute la vision cet aspect de fantastique et de rêve.

On peut, comme nous l'avons fait en psychologie normale, analyser la nature des matériaux avec lesquels se construit le système d'annotations symboliques. Autrement dit, on peut prendre l'ensemble des symbolisants et les étudier en eux-mêmes. On ne manquera pas alors de constater qu'un certain nombre des symboles sont compréhensibles par eux-mêmes, sans que des éclaircissements fournis par le malade soient nécessaires. Ce sont des symboles objectifs. Ils sont fondés sur ce que la sensibilité a de commun ou d'identique chez tous les humains. Chaque sujet, comme il l'a déjà été dit, en trouve à sa disposition un très grand nombre de tout faits, en acquérant le langage. Mais il peut les recréer à chaque instant, puisqu'il est capable de revivre l'état émotionnel qu'ils expriment. Il est aussi capable de construire à loisir, suivant ses capacités imaginatives, des formes inédites, mais qui gardent néanmoins leur caractère essentiel : celui d'être universellement compréhensibles.

Nous avons donné, dans la première partie de ce travail, des extraits d'une observation de Claude et de ses collaborateurs, publiée sous le titre : « Le Journal d'un schizoïde ». Il s'agit ici d'un état d'âme purement subjectif, qui, néanmoins, nous est émotionnellement accessible, parce qu'il s'exprime à l'aide d'une symbolisation objective. On se rappelle que les deux motifs de cette transposition symbolique sont : la mer et un théâtre jouant à guichets fermés, c'est parce que, dans ses grandes lignes, nous attachons la même signification

(1) Claude et Ey. — *Hallucinose et hallucination.*

affective à ces symbolisants, que l'état sous-jacent qu'ils traduisent et qui est strictement personnel au sujet, nous devient émotionnellement compréhensible.

C'est là la manière habituelle d'opérer du symbole objectif. Il se sert des choses et des phénomènes du monde extérieur pris dans leur signification affective sociale pour traduire à leur aide des états individuels. Des transpositions de cette nature se rencontrent à profusion en psychopathologie. Bien entendu, elles ne sont pas toujours, loin de là, de la même veine artistique.

Un malade de Claude et Ey affirme : « J'ai une grande force, j'ai beaucoup de revolvers. Si l'on me coupait le cou, ça repousserait. Je ne puis mourir, c'est impossible. » (1).

C'est plutôt sous cette forme là que l'on a l'habitude de rencontrer le plus souvent le symbole objectif dans la bouche de psychopathes. Il est évident, sans que de grands développements soient nécessaires, que le malade en question cherche à exprimer le sentiment de sa puissance et il le fait à l'aide d'une figuration qui a cette signification (j'ai beaucoup de revolvers ; si l'on me coupait le cou, ça repousserait, etc...). Les propos de ce genre comptent parmi ce que la clinique quotidienne connaît de plus banal. Il est donc inutile d'en multiplier les exemples.

Un chapitre important et très vaste, qui relève du symbole objectif, se rattache à l'expression des sensations de la cénesthésie ou de la sensibilité générale, dans la mesure où leur élaboration reste dans le stade de l'immédiat. En effet, ce stade d'élaboration affective opère avec ce que la sensibilité a de général et de commun chez tous les humains. C'est la cause pour laquelle une très grande partie des symboles objectifs se rattachent par leur structure à l'immédiat, comme il l'a déjà été dit.

« On me tord le bras », déclare une malade, pour peindre son état d'âme, on m'a marquée au fer rouge, on m'a empoisonnée (2).

« ...Je me fais l'effet », dit un autre, « d'avoir une tête comme si la bouche était dans le ventre et mes dents dans les fesses... » (3).

(1) Claude et Ey. — Les états hallucinatoires à type schizophrénique de l'encéphalite épidémique chronique et le problème des hallucinations. *Encéphale*, 1933, n° 7.

(2) Engelson. — Un cas typique de schizophrénie. *Ann. méd.-psych.*, 1934/I.

(3) Belvet. — Le sentiment de dépersonnalisation dans les délires de structure paranoïde. *Thèse Lyon*, 1936.

« ...On m'a changé la figure souvent... On la retournait dans tous les visages de toutes les personnes. J'avais la figure de tous les individus qui venaient dans la cour, de toutes les personnes qui passaient... Je ne disais rien, mais je voyais et ressentais les personnes que l'on mettait sur mon visage (1).

Toutes ces descriptions, aussi étranges qu'elles puissent paraître, nous sont émotionnellement accessibles, au moins en partie, grâce à leur mode d'expression, celui du symbole objectif. On trouvera le même genre d'exemples parmi ceux qui ont été déjà cités le long de ce travail en vue d'un autre but.

Un autre chapitre du symbole objectif, aussi riche et aussi étendu que le précédent, est constitué par les délires à canevas mystique ou politique, ou les deux à la fois. En effet, Dieu, le Christ, le Diable, la Franc-Maçonnerie, etc..., envisagés sous leur signification affective (ce terme, rappelons-le, veut dire pour nous la signification des éléments de représentation considérés sous l'angle de leur valeur affective), sont encore des symboles objectifs.

Voici un exemple de cette nature particulièrement beau. Il s'agit d'une directrice d'une maison d'éducation libre, Ste-E. Parlant d'Agar, la servante d'Abraham, et de leur fils Ismaël, elle dit : « Ste-E., en tant que maison d'éducation, fut aussi le fils de la servante, et un jour la servante fut chassée du foyer, renvoyée au désert, condamnée à voir périr son fils, sans même avoir un verre d'eau à lui donner.

« ...Ste-E. est à la fois Ismaël et Isaac, tous deux offerts à Dieu en holocauste. » (2).

Les événements relatés par la Bible, pris dans leur signification affective, servent, et avec quelle plasticité, à une transposition symbolique des contenus personnels.

Une partie du système d'annotations symboliques, aussi importante que la précédente, sinon davantage, est construite à l'aide des matériaux fournis par le propre fonds du sujet. C'est le passé et le présent de celui-ci, ce sont ses complexes conscients ou refoulés, ses illusions persistantes ou dissipées, ses chocs affectifs qui alimentent le vocabulaire en formes d'expression. Cette partie du vocabulaire, cela va de soi, est strictement personnelle à chaque

(1) Belvet. — Le sentiment de dépersonnalisation dans les délires de structure paranoïde. *Thèse Lyon*, 1936.

(2) Hacquard. — Etudes sur les psychoses érotomaniaques. *Thèse Nancy*, 1925.

individu, elle est ce que sont son histoire et sa personnalité. Les symbolisants de cette nature, en opposition aux précédents, sont subjectifs. En effet, le plus souvent, ils ne sont pas intelligibles par eux-mêmes. Ils ne le deviennent que grâce aux explications de l'individu qui les a forgés. Nous ne reviendrons pas sur ce qui a été dit à ce sujet auparavant. Bornons-nous à rappeler le rêve de la jeune femme qui se voyait dans un théâtre moitié vide (p. 26), où nous avons vu à l'œuvre ce genre de symbolisme. Les constructions de cette nature, et ceci est le second point par lequel elles se différencient des précédentes, se rattachent presque toujours par leur mode de formation au médiat. Ce sont elles qui sont responsables de ce fait que, dans les différentes formules délirantes, en particulier dans celle de l'encéphalite chronique et dans l'intoxication mescalinique, le sujet extériorise ses conflits et ses complexes. Il s'agit ici d'éviter une erreur trop souvent commise, aussi bien par les psychanalystes que par des auteurs n'appartenant pas à cette Ecole. Ces conflits ont effectivement eu lieu en un certain moment de l'existence du sujet et, à ce titre, ils fournissent un précieux renseignement sur sa personnalité intime, mais actuellement, très souvent, sinon le plus souvent, ils sont déjà éteints, résolus, ou persistent à l'état latent. Avant de les prendre comme l'expression d'un conflit aigu et actuel, il faut d'abord les envisager comme ce qu'ils sont le plus souvent, et notamment comme des formules de représentation du langage affectif. C'est seulement grâce à cette précaution que l'on évitera de trouver à tort et à travers, chez n'importe quel sujet, des conflits et des complexes en état de surpression permanente.

Dans les pages précédentes, on trouvera des symboles subjectifs parmi les observations déjà analysées. Nous nous bornerons à en donner ici un seul exemple, mais qui est particulièrement démonstratif :

Il s'agit du malade qui organisait son expérience morbide en « situations ». Ce malade construit un délire extrêmement touffu qui fait honneur à ses facultés imaginatives.

Le point de départ se trouve, d'après Guiraud et Soon, auxquels nous empruntons cette observation, dans un sentiment pénible de cénesthésie et dans une atteinte de « la quiétude mentale » éprouvée comme étant d'origine étrangère. Dans ce roman, il est successivement question, entre autres, du Loup-Garou, d'une organisation appelée la « Criminalité », dont le siège secret est dans un « Château-Bastille », en Suisse, des serviteurs de cette organisation qui sont les « Mômes » et les « Chien-Errants ».

L'explication de l'origine et de la nature de ces créations est la suivante : le malade vient d'un pays où le Loup-Garou intervient dans les contes populaires. Le Château-Bastille provient d'une fusion entre la Bastille et toutes les maisons de Santé. Le sens de cette image pour un malade enfermé dans une maison d'aliénés est évident. Le motif « môme » se rattache à un événement important de la vie du malade. Dans sa jeunesse, étant clerc de notaire, il eut des relations sexuelles avec la bonne de son patron. Cette liaison a donné naissance à un enfant dont il a toujours répudié la paternité. Ce « môme » dont il attribue d'ailleurs la paternité à un certain M., qui lui aussi joue son rôle dans le délire, a été toujours un sujet d'inquiétude pour lui. Par une série de métamorphoses successives, le « môme » devient la personnification du serviteur du Mal. Lui et sept « Mômes-chenapans » sont associés au Loup-Garou. Les « Chiens-Errants » au service de la Criminalité représentent un autre aspect du Mal, Ils désignent des « esclaves subalternes » contraints par la force à remplir leur basse besogne et, à cause de cela, ils méritent plutôt la pitié que la colère. Les auteurs remarquent avec raison que le point de départ de ce motif se trouve probablement à un souvenir infantile d'un chien-errant entrevu un jour à la campagne et qui aurait provoqué un sentiment d'effroi entremêlé de pitié (1).

Ainsi, le présent (Château-Bastille qui désigne aussi toutes les maisons de santé), des contes entendus dans l'enfance (Loup-Garou), des souvenirs de cette époque (Chien-errant), des événements de l'âge adulte (relations sexuelles avec la bonne) concourent, par le jeu d'équivalences affectives, pour exprimer « un sentiment pénible de cénesthésie » et une « atteinte de la quiétude mentale éprouvée comme d'origine étrangère ». Tous ces faits ont pu assurer ce rôle d'expression, parce que, grâce à une élaboration par le médiat, le sujet leur a donné une signification affective personnelle. Ils sont devenus ainsi les termes de son système d'annotations symboliques.

Tous les symboles subjectifs sont loin d'être toujours ainsi aisément déchiffrables que ceux de cette observation. Très souvent, il est impossible d'obtenir du malade les renseignements nécessaires ou, si l'on réussit à les avoir, ils sont conçus en termes tellement décousus (cela se passe habituellement ainsi quand il y a un processus de désagrégation mentale concomitant), qu'ils sont absolument incompréhensibles. De plus, le symbole subjectif, qui par son mécanisme relève du médiat, se présente souvent sous la forme, on l'a vu, des entités hypercondensées, produits

(1) Guiraud et Soon. — Délire systématisé avec hallucinations visuelles. *Ann. méd.-psych.*, 1925/I.

normaux de la pensée intérieure. Normalement, en s'extériorisant dans le langage discursif, ces formes s'étalent et se traduisent à l'aide des ensembles qui sont implicitement inclus en elles. Dans les états psychopathologiques, à cause du trouble de la pensée pragmatique, cet étalement ne se fait que très rarement.

Sont-ils intéressants pour des droits de la France ; ce sont des droits sans face ; ça me fait réellement, etc... ; qu'est-ce que je prends aux droits de la France, les droits de la face qui n'ont plus que le Cr..., les nevraux de la face j'en ai assez, nevro moi, j'ai souffert beaucoup, ma bêtise, mon droit de mère, mon droit de c..., etc... (1).

Chacun de ces néologismes désigne une entité qui est un symbole subjectif, par la nature des matériaux dont elle est faite, et une structure hypercondensée, de par sa forme. Quand les entités de cette nature ont comme symbolisant une forme verbale simplement détournée de son sens usuel ou même un néologisme dont il est possible de démêler l'origine, nous conservons encore un mince filet de lumière pour nous guider dans l'obscurité opaque de tels propos. Souvent, on arrive ainsi à savoir partiellement ou dans ses grandes lignes ce que le malade veut dire. Ceci a été notamment le cas de l'observation ci-dessus, si l'on veut bien se souvenir d'un extrait qu'il en a été donné ailleurs (p. 49).

Très souvent, le symbolisant est un néologisme inventé de toutes pièces et alors l'énigme reste entière, quelle que puisse être parfois la bonne volonté que montre le malade pour nous faciliter l'intelligence de ses propos.

L'esprit que l'on pouvait avoir en soi peut aller au Tane anglais. Tane, c'est d'être privé de tout, Tane c'est gêner, Tane c'est ne pas s'apercevoir. Tane c'est un mot anglais (2).

Avec des exemples de cette nature, nous entrons dans des constructions affectives de plus en plus opaques et de plus en plus autistes. En général, les formes munies d'un substitut néologique font transition vers un autre aspect de la pensée affective troublée, celui de la désagrégation que nous nous proposons d'examiner dans un travail ultérieur, comme nous l'avons dit.

A la suite de ces formes plus ou moins opaques à notre com-

(1) Pottier. — Réflexions sur les troubles du langage dans les psychoses paranoïdes. *Thèse Paris*, 1930.
(2) Delmond-Bebet. — La schizophasie. *Thèse Paris*, 1938.

préhension, viennent se placer des symboles que, à vrai dire, on ne peut pas donner pour un genre absolument distinct des précédents, quand on les envisage exclusivement sous l'angle du symbolisant. Dans ce cas, on les rattachera tantôt au symbole objectif, tantôt au symbole subjectif, et c'est là l'éventualité qui se produit le plus souvent en psychopathologie. La nature particulière de ce symbole aberrant est en large mesure déterminée par son contenu, autrement dit, par le symbolisé. Il s'agit en effet de transposer en termes de représentation, suivant le mécanisme habituel d'élaboration affective, le rythme du monde intérieur, ses flux et ses reflux. Le sujet s'attache à exprimer ses modes de ressentir, sous tous leurs aspects et avec toutes leurs nuances, en faisant plus ou moins abstraction des apports perceptifs ou autres qui les mettent en mouvement et les alimentent. On l'a bien vu, l'Ecole symboliste s'est donnée comme but de traduire ces états, entre tous fugitifs et très difficilement saisissables.

Une partie extrêmement importante de la documentation que la clinique recueille quotidiennement porte sur la perturbation du rythme du monde intérieur. Quoi de plus banal dans la clinique courante que les plaintes de dépersonnalisation, de transformation corporelle, de déjà vu, etc... Dans la mesure où le psychopathe cherche à exprimer des contenus de cette nature, il poursuit le même but que n'importe quel poète de l'Ecole symboliste. Si l'entreprise de cette Ecole s'est révélée particulièrement ardue, celle du psychopathe l'est encore davantage et cela pour deux raisons : les états qu'il cherche à exprimer sont affectivement impénétrables pour autre que lui, il ne dispose nullement des moyens d'expression dont fait usage le poète symboliste. Dans ces conditions, il se produit ce qui doit fatalement se produire : son entreprise, au moins d'avis de ses auditeurs, se solde toujours par un échec. Si l'élaboration n'est pas trop loin poussée, et si elle reste très proche de l'impression sensible, le contenu, tout en apparaissant comme étrange, nous reste néanmoins accessible dans une certaine mesure, sinon affectivement, au moins intellectuellement.

Dans les cas simples, le malade se borne à décrire son état en des termes plus ou moins directs. Les motifs que l'on entend le plus souvent sont ceux de l'étrangeté de l'ambiance : tout y paraît flou, en mouvement insaisissable. Le corps a perdu sa matérialité, le malade se sent devenir très vieux ou au contraire très jeune (un instant lui paraît un siècle). Il est mort ou même il est mort déjà à plusieurs

reprises, etc... Tout cela est trop bien connu pour qu'il soit nécessaire d'y insister.

D'autres fois, un essai de transposition symbolique s'ébauche.

...Sur ma figure on me met une figure d'étrangère, quelquefois la moitié seulement (1).

Dans les pages qui précèdent, nous avons cité de très nombreux exemples traduisant de tels états. Rappelons cette observation de Minkowski où un malade se plaint d'avoir « une tête comme si la bouche était dans le ventre et ses dents dans les fesses ». Dans ce dernier exemple, l'étrangeté de ces formes se profile déjà nettement. Ce phénomène s'accuse encore davantage dans les observations suivantes :

Quand je bouge, je sens que j'ébranle toute l'humanité. Cette boule que j'ai fait tourner mentalement elle s'est surchauffée, cette boule c'est tout ce que je pense ; mes pensées se surchauffent, ça fait des âmes ou des personnes, je ne sais pas... Dernièrement, une grosse boule de feu — le fluide — s'est échappée de mon corps. C'était peut-être au ciel... Je ne savais pas que j'avais le pouvoir de me disloquer, de faire sortir tant de personnes de moi, des femmes inachevées, démentes. On me dit que ce sont des fausses-couches »... Quelquefois c'est moi-même qui m'échappe de moi, d'autres fois ce sont des étrangères qui se transforment parfois en câbles, en électricité (2).

En continuant dans cette voie, on arrive à des formes d'élaboration très poussée, tels certains délires paranoïdes complètement inintelligibles pour nous.

Elle est faite de « pièces et de morceaux », son corps est un assemblage de nombreuses parties dont chacune appartient à des êtres différents, les uns vivants, les autres morts... Il existe des « coupures » dans son corps, les cicatrices sont multiples. Tantôt elle est homme, tantôt femme : le plus souvent elle se dit « bisexe ». La moitié droite de son cerveau appartient à un homme, l'autre moitié à une femme. Elle est enceinte depuis des années et doit bientôt accoucher de huit enfants ; elle est le père de celui qui est dans la

(1) Belvet. — Le sentiment de dépersonnalisation dans les délires de structure paranoïde. *Thèse Lyon,* 1936.
(2) Engelson. — Un cas typique de schizophrénie. *Ann. méd.-psych.,* 1934/I.

trompe droite. Petite, elle a été dans le ventre d'un cachalot au pôle nord, ensuite dans la jungle avec les boas, les singes et les panthères (1).

Ces délires sont polymorphes et très probablement y entrent des motifs autres que ceux qui relèvent de la perturbation de l'état intérieur. Mais aussi bien les uns que les autres nous sont absolument opaques. Tout ce que nous devinons, c'est que les affirmations d'être enceinte (dans la première observation, c'est un homme qui parle), d'être fait d'un assemblage de morceaux dont chacun appartient à des êtres différents, d'être dans le ventre d'un cachalot, etc..., traduisent certaines impressions étranges du monde intérieur, aussi étranges à nos yeux que les éléments de représentation qui les figurent.

Le système d'annotations symboliques, on l'a dit et on l'a vu à plusieurs reprises, traduit la personnalité entière du sujet et son histoire. Cela devient particulièrement visible quand on compare entre eux les vocabulaires de deux individus différents. Pour faire une telle confrontation, il suffit par exemple de comparer entre elles deux versions traduisant une même idée, ou le même sentiment. Certaines constatations très intéressantes ne manqueront alors de se faire jour.

Une malade déclare entre autres :

Ma famille est la famille de Dieu par le sang ; j'ai du sang de la famille de Jésus-Christ... C'est ma grand'mère paternelle qui dirige Maréville (l'asile où cette malade est internée). On m'a mise ici pour aider mes parents, c'est à nous toutes ces maisons et nous en avons aussi beaucoup d'autres dans plusieurs asiles ; Nancy est à nous et Bruxelles et encore d'autres villes et des communes entières et des capitales dans d'autres pays. Un de mes parents a 2.000 ans. Ma grand'mère refait les corps humains. Deux oncles, frères à papa, ont fait toutes les découvertes scientifiques. Ce sont mes parents qui ont inventé l'or, l'argent, l'air, etc... (1).

Il y a ici une accumulation de plusieurs formules qui, on s'en rend facilement compte, servent à exprimer un seul et même motif : celui de la puissance. Sous ce rapport, relevons-le en passant, cette construction ressemble aux rêves successifs d'une même nuit dont il était question dans la première partie de ce travail, et qui expriment en plusieurs versions un même cycle d'idées. Dans les deux cas, il n'est pas inutile de le souligner,

(1) Edert. — Délire d'imagination. *Thèse Nancy*, 1936.

encore une fois, les formules de représentation diffèrent par leur signification pragmatique, mais sont identiques par leur signification affective. Nous avons fait cette petite digression pour montrer combien le travail de transposition symbolique reste partout identique à lui-même. Toutes les images de cette observation portent le sceau de la niaiserie et leur extrême abondance ne fait que souligner l'indigence du fonds mental qui leur a donné naissance.

Rappelons encore ce malade qui voulant traduire le sentiment de sa puissance affirme « qu'il a beaucoup de revolvers » et que si on lui coupait le cou, « ça repousserait ».

Voici quelle allure prend le même sentiment dans la bouche d'un autre malade, dont du reste il a déjà aussi été question (p. 65) et dont nous ne faisons que continuer l'observation :

...Il y a quarante mille ans déjà que la lutte dure entre le Christ et le Satan ; on ne sait pas lequel est le plus fort des deux ; moi, je suis appelé à être le pivot des deux dans la lutte (1).

Nous affirmerons sans crainte de nous tromper que les aptitudes imaginatives de ce malade sont autrement grandes que celles du précédent. Dans le même ordre d'idées, rappelons encore ce qui se passe dans l'intoxication mescalinique. Cet alcaloïde a provoqué une véritable débauche d'images éclatantes et riches en couleurs chez les sujets de Marinesco, tous gens cultivés. Sous l'influence de la même drogue, une malade d'Ey et de Rancoule déclare se sentir « plus légère, plus adroite » et elle concrétise ses impressions en affirmant qu'elle croyait jouer à saute-mouton. De nouveau, nous ne nous tromperons certainement pas beaucoup en affirmant, rien que sur cet exemple de transposition symbolique, que le niveau de culture de cette personne n'a pas dû être des plus élevés.

Le système d'annotations affectives reflète donc, à côté de l'histoire du sujet, de sa sensibilité, aussi son degré de culture, ses facultés imaginatives et même jusqu'aux différentes variétés de celles-ci. Il existe un symbolisme riche et un symbolisme pauvre. Le vocabulaire affectif est l'un ou l'autre, suivant ce qu'est l'individu dont il émane. Le vocabulaire affectif apparaît ainsi

(1) DUPRÉ et LOGRE. — Les psychoses imaginatives aiguës. *Ann. méd.-psych.*, 1914/II.

comme la traduction la plus directe et la plus complète de ce que l'on dénomme la personnalité, terme sous lequel nous ne pouvons actuellement désigner que très peu de choses précises.

Nous avons maintenant fini, en suivant pas à pas le plan adopté dans la première partie de ce travail, l'étude de divers aspects du langage symbolique en psychopathologie. Au cours de cet examen, nous avons pu nous rendre compte que dans son œuvre d'expression la pensée morbide ne procède pas autrement que la pensée affective normale. Elle organise ses contenus en des structures simples ou complexes, mais qui, cela va de soi, reflètent nécessairement le vécu, le monde du dedans, puisque ces contenus sont l'expression du processus morbide tel qu'il apparaît, ou plutôt tel que l'éprouve le sujet. La transposition de ces ensembles en langage de représentation s'effectue à l'aide du même mécanisme que dans la symbolisation normale. Les divers composants d'une entité donnée sont traduits à l'aide d'un jeu d'équivalences affectives constituées par des éléments de représentation pris dans leur signification affective. Cette substitution s'effectue suivant deux modalités : celle de l'immédiat et celle du médiat. La pensée morbide se sert en partie du vocabulaire échafaudé au cours de l'existence antérieure à la maladie et, en partie, dans la mesure où ce vocabulaire est inapte à assumer le rôle qu'on lui assigne, elle crée, mais suivant le même mécanisme, des moyens d'expression inédits.

Quand on examine ces moyens d'expression, on constate que certains parmi eux, et ceux-là sont des symboles objectifs, appartiennent au fond commun d'une société donnée ou même à l'humanité entière, ou bien ils relèvent de ce que la sensibilité a de commun et de fixe chez tout le monde. D'autres, et ceux-ci sont des symboles subjectifs, se construisent avec les événements marquants de la vie de chaque sujet et, à ce titre, lui sont strictement personnels. On peut encore distinguer, à la rigueur, une troisième catégorie de symboles, moins à cause de la nature particulière du symbolisant, comme cela a été le cas des précédents, mais plutôt en raison du caractère spécial du symbolisé. Dans cette classe, rentrent les symboles de la « vie intérieure » ; leur symbolisant se rapproche soit du symbole objectif, soit du symbole subjectif.

Si l'on confronte les résultats obtenus dans les deux parties de ce travail, on ne peut que constater qu'ils se superposent point par point. Le mécanisme suivant lequel le symbole s'élabore, la nature des matériaux à l'aide desquels il s'exprime, le rôle qu'il

joue dans la vie mentale, tout cela apparaît comme absolument identique en psychologie normale et en psychopathologie. Ces résultats pourraient paraître au premier abord comme paradoxaux, puisque nous savons par ailleurs tout ce qui sépare, et ce tout est le plus souvent un véritable abîme, le symbole normal du symbole pathologique. Mais rappelons que nous n'avons pas un seul instant envisagé en elle-même la nature des contenus que la pensée affective organise suivant le mécanisme que l'on sait. C'est précisément ici que réside la différence qui sépare le symbole normal du symbole pathologique. Dans cet ordre d'idées, il aurait été possible d'étudier, même en ne se basant que sur les observations qui se trouvent dans ce travail, le passage de l'un vers l'autre. « Le Journal d'un schizoïde » et l'observation de la malade qui exprima ses déboires en tant que directrice d'une maison d'éducation, en se servant des récits bibliques, auraient pu servir comme bornes marquant le milieu du chemin qui mène du normal vers le pathologique.

Nous n'avons pas non plus envisagé, et ceci concerne plus particulièrement le symbole littéraire, ni la valeur esthétique des matériaux élaborés, ni la façon plus ou moins habile dont s'est effectuée la transposition symbolique. Le poète, en effet, ne traduit pas n'importe quelle impression qui s'offre à lui, comme il ne choisit pas au cours de son travail de transposition n'importe quelle image qui traverse son esprit. Il fait un choix parmi une foule d'impressions et d'images et, dans ce choix, il est guidé plus ou moins consciemment par des idées qui relèvent de son métier d'artiste et dont l'étude forme l'objet de l'esthétique. Ici, réside une autre différence fondamentale qui sépare le symbole normal du symbole pathologique.

Nous ne sommes entrés ni dans l'une, ni dans l'autre de ces considérations, elles se trouvent en dehors des cadres assignés à ce travail. Celui-ci s'est posé comme but — à l'exclusion de tout point de vue génétique — l'étude purement formelle de l'expression symbolique et de ses modalités. Sous cet angle, aucune différence essentielle ne sépare le symbole normal du symbole pathologique.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Lundi 24 Juin 1946

Présidence : M. Eug. MINKOWSKI, vice-président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 27 mai 1946 est adopté.

Correspondance

La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le professeur COMBEMALE, secrétaire général du *Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française,* invitant la Société à envoyer des délégués à la 44e session du Congrès (Genève-Lausanne, 22-27 juillet 1946) ; la Société désigne MM. DEMAY, MINKOWSKI et DUBLINEAU, pour la représenter à cette session ;

une lettre de M. le professeur Jean DELAY, qui remercie la Société des félicitations qui lui ont été adressées à l'occasion de son accession à la chaire de Clinique des maladies mentales et de l'encéphale ;

une lettre de M. le Ministre de la santé publique et de la population, accusant réception de la motion votée par la Société à l'occasion de l'abrogation de l'ordonnance limitant le nombre des débits de boisson ;

des lettres de M. le docteur SIVADON, de Paris, posant sa candidature à la place vacante de membre titulaire résidant, de MM. les docteurs DAUMÉZON, de Fleury-les-Aubrais, et DONNADIEU, de Chezal-Benoît, posant leur candidature à la place vacante de membre titulaire non résidant : une commission composée de MM. BESSIÈRE, BRIS-

sot, Brousseau, Marchand et Gouriou, rapporteur, est désignée pour l'examen de ces candidatures ;

une lettre de M. le docteur Rémi Cochemé, de Reims, qui pose sa candidature au titre de membre correspondant national ; une commission, composée de MM. Menuau, Minkowski et Bonhomme, rapporteur, est désignée pour l'examen de ces candidatures.

Election à quatre places de membre titulaire

Après lecture d'un rapport de M. Bessière, au nom d'une commission composée de MM. Chatagnon, Genil-Perrin, Guiraud, Minkowski et Bessière, rapporteur, il est procédé au vote.

Nombre de votants	25
Majorité absolue	13

Ont obtenu :

MM. Mâle	25	voix
Teulié	25	—
Puech	24	—
Lagache	23	—
Bulletins blancs ou nuls	2	—

MM. les docteurs Pierre Mâle, Pierre Puech, Guilhem Teulié, de Paris, et Daniel Lagache, de Strasbourg, sont élus *membres titulaires* de la Société médico-psychologique.

Election de membres associés étrangers

Après lecture d'un rapport de M. Minkowski, au nom d'une Commission composée de MM. René Charpentier, Jean Delay, Henri Ey, Laignel-Lavastine et Minkowski, rapporteur, il est procédé au vote :

Nombre de votants	24
Majorité absolue	13

Ont obtenu

MM. Bleuler	22	voix
Tosquelles	22	—
Rezaï	20	—
Bulletins blancs ou nuls	2	—

M. le professeur Maurice Bleuler, professeur de psychiatrie à l'Université de Zürich, M. le professeur Rezaï, professeur de psychiatrie à l'Université de Téhéran, M. le docteur Tosquelles, de Barcelone, résidant actuellement à Saint-Alban, sont élus *membres associés étrangers* de la Société médico-psychologique.

COMMUNICATIONS

Perturbations transitoires du schéma corporel après convulsivothérapie par électro-choc, par MM. R. Coulonjou et H. Hécaen.

Bien qu'il s'agisse plutôt de simples incidents que de véritables accidents de l'électro-choc, ces illusions de transformation corporelle, observées dans les suites proches de la convulsivothérapie, nous ont paru intéressantes à relever en raison de leur caractère et leur mode d'apparition très voisins dans les deux cas que nous avons pu observer.

Observation I. — Mme Le F..., 26 ans. Un mois après le dernier accouchement, qui a eu lieu le 15 janvier 1945, doit se coucher, présentant une petite élévation thermique à 38°, des algies précordiales, périthoraciques et dans les membres supérieurs, des bourdonnements d'oreilles, une céphalée légère. En même temps, apparaissent des troubles mentaux du type maniaque, dont elle a gardé un souvenir précis : chants nocturnes, excitation psycho-motrice, qui durent quelques jours, puis font place à un syndrome dépressif pour lequel la malade vient nous consulter le 16 mars suivant. Ce syndrome est fait d'insomnie, de pessimisme, de tristesse avec pleurs, de crises d'anxiété avec peur de mourir, angoisse précordiale, striction de la gorge, déambulation nocturne. Après une amélioration passagère par le laudanum, on décide un traitement par l'électro-choc, en raison de l'apparition d'idées de suicide. Six électro-chocs sont pratiqués les 8, 12, 17, 21, 25 et 29 mai. Dès la troisième séance, la malade se déclare très améliorée ; elle a retrouvé son sommeil. Après la quatrième, elle nous signale, tout en continuant à se trouver très satisfaite de son traitement, qu'elle est affectée de troubles particuliers, qui se présentent au moment où elle va s'endormir, et au réveil. Elle éprouve à ces moments-là, pendant une heure environ, les impressions suivantes qu'elle déclare très désagréables : tout son corps, mais surtout ses mains et ses dents augmentent de volume ; les mains grossissent, gonflent progressivement, deviennent très dures et finissent par atteindre des proportions immenses ; les dents s'allongent et lui paraissent sortir de la bouche. Ces impressions s'accompagnent d'une certaine anxiété, et l'ont amenée, à plusieurs reprises, à allumer la lumière pour vérifier l'état de ses mains qu'elle voyait alors avec leurs proportions normales. Ces sensations étaient symétriques et n'intéressaient que la partie supérieure du corps ; elles n'apparaissaient jamais en dehors des périodes d'endormissement et de réveil. Les deux chocs suivants paraissent avoir entretenu ces phénomènes qui ont ensuite diminué progressivement d'intensité pour disparaître 15 jours

après le dernier choc. Ils se sont reproduits 7 ou 8 fois en tout. Nous revoyons la malade le 15 juin. Elle a retrouvé son optimisme et son activité, mais elle se plaint, d'une part, de troubles de la mémoire plus importants et plus prolongés qu'il n'est habituel après les chocs, et d'autre part, d'une hypoacousie bilatérale. Elle n'a fait pratiquer l'examen otologique que nous avions demandé que tardivement, le 26 août ; cet examen a montré une catarrhe tubaire, et une légère hyperexcitabilité labyrinthique du côté gauche. L'examen neurologique, pratiqué avant et après les chocs, s'est révélé normal. La malade n'a absorbé aucun médicament pendant la cure. Il est à noter que nous avons été frappés, à chaque choc, de l'intense congestion de la face, suivie d'une cyanose prolongée, et, aussi, de l'intensité et de la longueur de la période confusionnelle du réveil.

Observation II. — Mme Le B..., 27 ans. Nous consulte le 13 juin 1945 parce que, depuis 7 ou 8 mois, à la suite d'une fausse-couche (sans température) et d'ennuis sentimentaux, elle a perdu le sommeil, l'appétit, est très asthénique, maigrit et est affectée d'une série de troubles témoignant d'une hyperémotivité et d'un déséquilibre vago-sympathique : constants mouvements de déglutition, aérophagie, vomissements, sursaute au moindre bruit, tremblements, rougeur et pâleur brusques de la face, tachycardie, impression d'incurabilité. La tension artérielle est à 12/7, le réflexe oculo-cardiaque inversé ; l'examen neurologique et général négatif. On isole d'abord la malade en clinique, mais elle ne retrouve ni le sommeil, ni l'appétit, malgré les antispasmodiques, le calcium, un traitement anti-infectieux. On la soumet alors à une série d'électro-chocs : 7 séances entre le 21 juin et le 20 juillet. Le 3 juillet, 3 jours après le quatrième choc, la malade éprouve des impressions qui l'intriguent. Sur notre demande, elle nous les traduit par écrit, de la façon suivante : « Demi-heure avant de m'endormir, il m'est venu subitement sur le front une grosse bosse qui grossissait et s'éloignait de la tête, puis tout le front s'éloignait. Quelques instants après, c'était la même chose sur le nez. J'ouvris les yeux et me tâtais le visage à plusieurs reprises ; je m'aperçus vite que cela n'existait pas ; ces impressions m'ont duré dix minutes. » Trois jours après le cinquième choc, elle notait encore : « Lundi 9 juillet, une heure avant de m'endormir, il me semblait avoir le front très loin de la tête ; je le voyais même s'éloigner en ayant les yeux fermés ; en même temps, je ne sentais plus mes membres ; mon corps s'était réduit en une petite boule ; lorsque j'ouvrais les yeux, je ne voyais ni ne ressentais plus rien. Tous ces malaises ont disparu brusquement au bout d'une demi-heure. » — « J'avais l'impression que la tête touchait l'estomac, et en même temps pas de jambe », nous dira-t-elle aussi. Elle précise que, dès qu'elle bougeait l'impression disparaissait, pour revenir dès qu'elle était de nouveau immobile. Cette « impression » s'accompagnait d'une très vive anxiété. La malade a quitté la clinique le 15 juillet, considérablement améliorée : sommeil devenu normal, reprise de poids, humeur plus euphorique. L'hyperémotivité persis-

tait, mais la plupart des symptômes neuro-végétatifs avaient disparu ; elle se plaignait seulement de conserver un certain degré de salivation. Nous avons, par la suite, revu la malade à plusieurs reprises, jusqu'au mois de janvier dernier. Elle restait hyperémotive, mais son état général s'était encore amélioré, et elle avait repris confiance en elle. Pendant les trois mois qui ont suivi sa sortie, elle a encore éprouvé, de temps en temps, des sensations de transformation corporelle qui survenaient toujours dans la période d'endormissement ; elles consistaient, en dernier lieu, dans l'impression que ses membres inférieurs n'existaient pas ; elle remuait les jambes pour se rassurer sur leur existence. Cinq mois après le traitement de choc, elles se manifestèrent encore une fois, mais sous forme très atténuée. L'examen neurologique est toujours resté négatif. Il n'y a jamais eu de troubles auriculaires subjectifs, ni de troubles de l'équilibre, pas de symptômes de la série di-encéphalique, aucun élément hypersomnique ou cataleptique.

Ces deux malades nous décrivent donc avec précision des transformations du schéma corporel survenant dans la période d'endormissement ou de réveil. De tels phénomènes ne sont pas en soi pathologiques. Federn, Schilder se sont attachés à décrire ces illusions de transformation corporelle survenant soit à la période hypnagogique, soit dans les rêves. Dans l'intoxication par la mescaline, elles sont aussi fréquentes (Foerster, Zador, Beringer). Il semble que, dans un cas comme dans l'autre, elles soient en rapport avec des modifications vestibulaires physiologiques ou toxiques, insuffisantes à les produire d'elles seules, mais les déterminant à la faveur de la modification de la conscience. Notons aussi que l'héautoscopie, considérée par beaucoup comme une véritable émancipation de l'image du moi, se manifeste avec prédilection dans les états hypnagogiques et le rêve. Nous avons rapporté ici même, avec notre maître, le Professeur Lhermitte, un cas particulièrement typique.

Chez nos malades qui n'avaient jamais présenté auparavant de phénomènes de cet ordre, les chocs semblent bien devoir être responsables de ces troubles transitoires et si légers qu'il était nécessaire, pour qu'ils se révèlent, que s'affaiblissent les perceptions du réel comme le produisait l'endormissement. Les légers troubles vestibulaires chez la première, le déséquilibre vago-sympathique de la seconde peuvent avoir également joué un rôle. Nous rapprocherons ces faits des déclarations d'un blessé de la région pariétale droite, qui nous signalait que pendant une certaine période après sa blessure, lorsqu'il était près de s'endormir, son côté gauche lui paraissait s'évanouir, à tel point qu'il soulevait les draps pour s'assurer de sa présence.

Un accident exceptionnel de l'électro-choc : l'apoplexie séreuse, par MM. Léon MICHAUX, G. BUREAU et MARTINAT.

Nous avons observé, après un électro-choc, un accident aussi alarmant dans ses manifestations qu'étrange dans son substratum et son mécanisme. Ceux-ci n'ont heureusement pas reçu d'explication anatomique, les troubles ayant régressé après une chaude alerte. Mais leurs modalités d'apparition et de résorption nous paraissent indiquer un processus qui n'a pas été signalé, à notre connaissance, dans les accidents de l'électro-choc : l'*apoplexie séreuse.*

OBSERVATION. — Farch..., Pierre, 47 ans. Peu importe l'indication de l'électro-choc : une bouffée délirante polymorphe, interprétative et hallucinatoire, chez un débile mental.

Disons seulement que les contre-indications ont été soigneusement éliminées : sujet jeune, sans antécédents pathologiques notables, dont le cœur est normal cliniquement et radiologiquement, dont la tension artérielle est de 14/9 au Vaquez-Laubry, dont la température est normale, dont l'état général est parfait ; il n'existe aucun signe neurologique et un examen du liquide céphalo-rachidien a été négatif, un mois avant ce délai éliminant toute action prédisposante ou déclanchante de la rachicentèse dans la genèse des faits.

La séance d'électro-choc, qui devait être la première de la série et qui fut la seule, est pratiquée le 9 novembre 1945 avec l'appareil de Delmas-Marsalet, en recherchant la crise type, avec une technique identique à celle que nous employons sans accident ce jour comme les autres.

Les phénomènes se déroulent dans leur ordre habituel : choc électrique primaire, phase pré-convulsive d'où la pâleur objective, le bouleversement neuro-végétatif, phase convulsive tonique, puis clonique très intense, mais celle-ci passée, on n'assiste pas à l'habituel retour de la conscience ; le coma subsiste complet, accompagné de pâleur, de révulsion oculaire, de stertor.

Un quart d'heure plus tard, survient une deuxième crise semblable à la première ; sept crises se succéderont, espacées de dix en dix minutes, laissant entre elles et après leur cessation un état identique. Une injection intra-musculaire de vingt centigrammes de gardénal est pratiquée au milieu des crises.

Trois heures après le choc, les convulsions ont cessé depuis une heure et demie, le coma est profond, la respiration est du type Cheyne-Stokes ; derrière les paupières closes, les yeux sont révulsés vers le haut et la gauche ; la résolution musculaire est complète ; les membres, soulevés, retombent aussi lourdement d'un côté que de l'autre ; les

réflexes tendineux sont abolis ; il n'existe ni raideur de la nuque, ni signe de Kernig ; on trouve une paralysie faciale gauche de type central et un signe de Babinski bilatéral.

Une heure plus tard, nous notons l'apparition d'un déficit pyramidal gauche fruste que met en évidence la chute plus rapide des membres gauches, lorsqu'on les a soulevés. Ce déficit se précise lorsque, une demi-heure plus tard, apparaissent du côté droit, et seulement de ce côté, quelques mouvements en réponse aux excitations périphériques.

Cinq heures après le choc, la situation est la suivante : coma avec signe de Babinski bilatéral, hémiplégie gauche intéressant la face et les membres ; la respiration a repris un rythme normal, la température est montée à 39°. Nous pratiquons une injection intra-veineuse de 20 cc. d'une solution de sulfate de magnésie à 15 0/0.

Peu après, apparaît un bruit de galop, tandis que la tension artérielle tombe de 14/9 à 11/6. Nous injectons, par voie veineuse, un quart de milligramme d'ouabaïne, par voie intra-musculaire, cinq milligrammes de syncortyl. Du sang prélevé à cette phase montrera 0 gr. 55 d'urée par litre.

Sept heures après le choc, le malade commence à se dégager de son coma, il prononce quelques mots ; la température s'abaisse à 38°5 ; les signes neurologiques ne se modifient pas.

Le coma se dissipe complètement dans la nuit.

Le lendemain, le malade est lucide, la motilité volontaire réapparaît un peu à gauche ; le signe de Babinski y est douteux, alors qu'il a disparu à droite ; les réflexes tendineux existent des deux côtés, plus faibles à gauche, la paralysie faciale est moins nette. Tout signe neulogique a disparu le surlendemain du choc. Cinq jours après le choc, une ponction lombaire ramène un liquide clair, de réaction cytologique nulle, contenant 0 gr. 30 d'albumine par litre au lieu de 0 gr. 20 un mois avant le choc.

Ajoutons que le délire est resté d'une remarquable indifférence devant ces incidents dramatiques et que le malade en a renoué le fil dès le lendemain de cette journée angoissante.

Voici un électro-choc suivi d'un état de mal épileptique, accompagné d'hémiplégie gauche, de signe de Babinski bilatéral, de fièvre, de défaillance cardiaque, le tout très impressionnant, et, en définitive, anodin, puisque la situation est rétablie dès le lendemain et qu'aucun signe anormal ne subsiste le surlendemain.

Quel est le substratum de ce tableau dramatique ? Il ne s'agit pas d'hémorragie méningée ; outre qu'il n'existe aucun signe méningé, le liquide céphalo-rachidien est clair et sans réaction cystologique cinq jours après le choc. Un accident vasculaire cérébral est hors de cause : une hémorragie ou un ramollisse-

ment eussent laissé des séquelles, un spasme artériel n'eût pas conditionné un ensemble symptomatique aussi grave. La brusquerie d'apparition, comme la rapidité de la régression symptomatique cadrent parfaitement avec l'hypothèse d'*apoplexie séreuse,* réalisant une inondation œdémateuse du cerveau. Tel est le tableau cataclysmique que Milan a décrit dans l'intoxication par le salvarsan et dont il a montré la curabilité par l'adrénaline.

La physio-pathologie n'est pas pour écarter cette analogie d'un accident du salvarsan et d'une complication inattendue de l'électro-choc. Le salvarsan est un poison du sympathique et c'est au titre d'agent sympathicomimétique que l'adrénaline en apparaît l'utile antidote devant l'apoplexie séreuse. L'électro-choc a une action incontestable sur le sympathique : les troubles neuro-végétatifs qu'on y observe en témoignent. Cette action réside sans aucun doute dans les noyaux sympathiques du diencéphale, en concordance avec la théorie diencéphalique défendue par Jean Delay. Notre observation en est une illustration indirecte. Elle a de plus l'intérêt de laisser prévoir l'importance éventuelle de l'adrénaline avant le choc chez les malades qui présentent les traits d'une instabilité neuro-végétative importante.

Discussion

M. Brissot. — Je signale l'effet heureux des injections intra-veineuses de sulfate de magnésie à 15 0/0 dans les cas d'œdème cérébral consécutifs à l'ablation de tumeurs cérébrales. Cette thérapeutique a été proconisée par le professeur Clovis Vincent. En conséquence, si le malade de M. Michaux a été amélioré par une seule injection de sulfate de magnésie, il est probable qu'il s'agissait bien d'un cas d'apoplexie séreuse.

L'association de l'électro-choc et de la pyrétothérapie dans le traitement des schizophrénies, par MM. J. Delay, J. Maillard et Mme Dreyfus.

Au cours du traitement par l'électro-choc, quelle que soit la psychose envisagée, trois éventualités peuvent se produire.

La plus heureuse répond aux cas où, après une ou plusieurs séries d'électro-chocs, les troubles mentaux disparaissent complètement et de façon durable, avec cette réserve cependant que nous ne disposons encore que d'un trop court recul pour affirmer la stabilité de ces résultats.

Dans d'autres cas si, après un nombre variable de séances, l'électro-choc fait bien disparaître tous les troubles mentaux, ceux-ci reparaissent dès que l'on suspend le traitement, cette réapparition s'observant habituellement de 10 à 25 jours après la dernière séance.

La dernière éventualité répond enfin aux cas où l'électro-choc, quels que soient le nombre et le rythme des séances, semble impuissant à lui seul à faire disparaître les symptômes morbides, ceux-ci persistant malgré le traitement et parfois même sans qu'il soit possible de constater la moindre amélioration.

C'est dans ces deux derniers cas que l'association pyrétothérapie-électro-choc nous a permis d'obtenir, chez quelques malades, des guérisons que l'électro-choc seul, ou même l'insulinothérapie, n'avait pu nous donner.

Nous nous limiterons ici à l'exposé des résultats que nous avons obtenus dans le traitement de la démence précoce, nous réservant de publier ultérieurement ceux qui concernent le traitement des états confusionnels ou maniaco-dépressifs.

Exposé de la méthode. — Ce qui fait l'originalité de la méthode, c'est l'association très proche dans le temps de l'électro-choc à la pyrétothérapie.

Chacune de ces deux thérapeutiques est bien connue, l'une récente et d'usage journalier, l'autre très ancienne et aujourd'hui à peu près complètement abandonnée en tant que traitement isolé de la démence précoce. Mais si la pyrétothérapie, à elle seule, ne donne chez les déments précoces que des améliorations très rares et généralement très incomplètes, elle paraît être un puissant adjuvant de l'électro-choc, comme s'il existait entre ces deux traitements une véritable synergie thérapeutique.

Dans tous les cas de démence précoce, où il devient avéré que l'électro-choc seul ne donne que des résultats transitoires, ou des résultats incomplets ou nuls, avant de passer à l'insulinothérapie, nous provoquons chez le malade dix accès thermiques aux environs de 40° par l'injection parentérale à doses croissantes, soit de nucléinate de soude, soit d'huile soufrée, puis, aussitôt après, nous reprenons l'électro-choc. Dans les cas heureux, les troubles mentaux, qui s'étaient jusque-là révélés rebelles au traitement, disparaissent, cette disparition persistant le plus souvent, malgré la suppression de toute thérapeutique.

Exposé des résultats. — Nous avons ainsi traité 22 cas de démence précoce qui, tous, jusqu'à la mise en œuvre de cette association pyrétothérapie-électro-choc, s'étaient montrés rebelles à l'électro-choc seul, et certains à l'insulinothérapie.

Sur ces 22 cas traités, nous avons obtenu 7 guérisons complètes et stables, alors que l'échec des traitements précédemment tentés permettait de redouter le passage à la chronicité.

Observation 1. — Mlle B..., 19 ans, entre à la Clinique le 21 décembre 1944. Syndrome hébéphrénique évoluant depuis 22 mois avec désintérêt, autisme, discordance mimique, syndrome d'automatisme mental fruste.

Une première série de 11 électro-chocs est faite du 6 au 29 janvier 1945, et n'est suivie d'aucune amélioration appréciable.

Une deuxième série de 15 électro-chocs, faite du 15 février au 31 mars 1945, n'entraîne qu'une petite reprise de l'activité sociale, la malade restant discordante avec des périodes d'agitation psychomotrice.

Une série de 10 accès thermiques provoqués par l'huile soufrée (Thi-Lip), est faite du 23 mai au 9 juillet 1945, et est immédiatement suivie de trois électro-chocs.

Après cette dernière et courte série d'électro-chocs, l'amélioration est telle qu'on juge inutile de poursuivre le traitement.

La malade quitte le service le 27 juillet 1945, et a, depuis lors, repris une vie sociale normale.

Observation 2. — Mlle Jous..., Suzanne, 17 ans. Entrée le 18 avril 1945. Syndrome schizophrénique avec troubles du cours de la pensée à type de barrages et de réponses à côté ; indifférence affective ; discordance ; syndrome délirant de structure paranoïde.

Début quelques semaines auparavant, mais notion d'un épisode confuso-onirique en 1940, à l'occasion de l'exode.

Une première série de 10 électro-chocs entraîne une amélioration considérable, mais, trois jours après la dernière séance, rechute avec reprise de tous les troubles précédents.

Une deuxième série de 9 électro-chocs, n'ayant cette fois entraîné aucune modification notable de l'état mental, on provoque une série de 10 accès thermiques par injection d'huile soufrée (Thi-Lip). Au terme de cette série, seule l'agitation a diminué, la malade restant discordante et délirante. Une nouvelle et dernière série de 12 électro-chocs est alors immédiatement commencée, qui entraîne une disparition complète de tous les troubles et le retour à la normale de l'état mental. La malade sort le 27 septembre 1945, complètement guérie, et a, depuis lors, repris une vie sociale normale.

Observation 3. — Mlle Del..., Jeanne, 22 ans. Entrée le 6 juin 1945. Démence précoce évoluant depuis 4 ans au moins, sur fond de débilité mentale, avec agitation, propos incohérents et stéréotypés, mauvais état général, aménorrhée. Une série de 6 électro-chocs n'entraîne aucune modification de l'état mental, mais l'état physique décline lentement, la malade devenant gâteuse et s'alimentant difficilement.

Malgré le mauvais état général, on provoque une série de 10 accès thermiques par l'huile soufrée, du 18 juillet au 18 août 1945, puis aussitôt après, reprise de l'électro-choc. Dès la sixième séance, amélioration considérable qui s'accentue au cours des séances suivantes. Sortie le 22 octobre 1945, complètement guérie. Pas de rechute jusqu'à ce jour.

Observation 4. — Mlle Stern..., 15 ans. Entrée le 8 novembre 1945. Syndrome schizophrénique avec troubles du cours de la pensée, maniérisme, parasitisme mimique, syndrome délirant oniroïde. Une série de 7 électro-chocs n'entraîne aucune modification de l'état mental. Trouvée un matin, après cette série, en position gynécologique, prétendant accoucher de petits chiens, et le soir, à quatre pattes, en train d'allaiter cette progéniture imaginaire.

On provoque alors une série de 10 clochers thermiques par l'huile soufrée (Thi-Lip), série qui, à elle seule, ne détermine aucune amélioration. Une nouvelle série de 14 électro-chocs est alors immédiatement commencée, qui entraîne rapidement une amélioration, puis une guérison complète. La malade sort guérie le 1er mars 1946. Pas de rechute jusqu'à ce jour.

Observation 5. — Mlle Lauç..., 20 ans, entrée le 20 juillet 1945. Démence précoce évoluant depuis deux ans environ. Une série de 12 électro-chocs est faite de juillet à août 1945 sans résultat appréciable. Une série de 10 clochers thermiques par l'huile soufrée (Thi-Lip) est alors provoquée du 13 novembre au 13 décembre 1945 et suivie d'une série de 12 électro-chocs qui se termine le 14 janvier 1946.

Sort le 1er mars 1946, complètement guérie. A, depuis lors, repris son travail d'ouvrière d'usine.

Observation 6. — Mme Tach..., 24 ans, entrée le 12 juillet 1945. Démence précoce post-puerpérale ayant débuté par un état confusionnel grave avec hyperthymie sans hyperazotémie. Hémoculture négative. Examen gynécologique négatif.

Une série de 5 électro-chocs entraîne rapidement une guérison apparente. Mais rechute, enrayée par 4 nouveaux électro-chocs. Mais nouvelle rechute, avec de nouveau : agitation, logorrhée incohérente, et discordance, qui fait craindre une évolution schizophrénique qui se confirme peu à peu.

14 injections d'huile soufrée sont faites du 27 octobre au 11 décembre 1945 et suivies de 12 électro-chocs qui aboutissent alors à la guérison complète et jusqu'ici définitive. Sort guérie le 2 février 1946. Dans l'observation suivante, enfin, il a fallu deux séries de pyrétothérapie suivie d'électro-chocs pour obtenir la guérison.

Observation 7. — Mme Moï..., Rolande, 24 ans, entrée le 10 août 1945. Démence post-puerpérale. Une série de .5 électro-chocs n'entraîne aucune modification de l'état mental.

Une série de 7 clochers thermiques par l'huile soufrée, suivie d'une série d'électro-chocs, n'entraîne qu'une amélioration très incomplète. La malade est alors soumise à l'insulinothérapie. Mais après le quatrième coma, celle-ci doit être interrompue en raison des difficultés qu'on éprouve pour obtenir le réveil.

Une seconde série de pyrétothérapie, suivie de 13 électro-chocs, est alors refaite, qui aboutit à une guérison apparente complète. Cependant, deux nouvelles séries de 9 et de 12 électro-chocs doivent être refaites pour obtenir un résultat stable.

Conclusions. — Ainsi, dans 7 cas sur 22, soit dans une proportion de 31,5 %, l'association pyrétothérapie-électro-chocs nous a permis d'obtenir des guérisons complètes et qui jusqu'ici paraissent stables, alors que l'électro-choc seul avait échoué. Pour modestes qu'ils soient, ces résultats nous paraissent intéressants, puisqu'il s'agit de guérisons obtenues dans des formes de démence précoce particulièrement défavorables, puisque rebelles à l'électro-choc.

Discussion

M. Guiraud. — A mon avis, les présentateurs auraient mieux fait d'employer le terme de schizophrénie ou de syndromes schizophréniques ou hébéphréniques pour caractériser leurs malades, plutôt que celui de démence précoce, qui devrait être spécialement réservé aux états de déchéance mentale profonde. La prolongation de la maladie, même pendant plus d'un an ou deux, n'est pas un signe d'incurabilité. Les deux dernières observations ont trait à des psychoses puerpérales; d'après les statistiques de mon service, ces psychoses puerpérales présentent souvent un syndrome hébéphrénique et guérissent dans une très forte proportion, mais se prolongent souvent pendant un an et plus. Ces réserves faites, j'approuve fort la multiplication et l'association des thérapeutiques dans les cas de ce genre.

M. Ach. Delmas. — Cette communication soulève des problèmes nombreux. En ce qui concerne les psychoses puerpérales, les variétés maniaco-mélancoliques, confusionnelles ou non, sont souvent de longue durée (un ou deux ans), sans que l'on doive conclure à la démence précoce.

Quant au diagnostic de démence précoce, on a tendance à en abuser. Même la durée n'est pas un critérium suffisant, car certaines autres formes atypiques peuvent être de longue durée et guérir avec ou sans thérapeutique. Parmi les symptômes invoqués, il n'en est pas de très sûrs : la discordance, l'automatisme mental sont d'interprétation souvent un peu large. Le meilleur, à mon avis, est l'hallucination auditive, à froid, c'est-à-dire indépendante de tout fond confusionnel subaigu, et je regrette que, dans les observations rapportées, on n'ait

pas spécialement noté l'absence ou la présence de ce symptôme spécialement significatif.

M. Bessière. — J'ai employé, à plusieurs reprises, la thérapeutique préconisée par MM. Delay et Maillard et j'ai obtenu les mêmes résultats favorables. Je me rappelle, en particulier, un malade qui, après échec de l'électro-choc et du cardiazol, présentait un état de type schzophrénique grave avec indifférence, mutisme, attitude catatonique, etc... Cet état remontait à 18 mois environ. Je lui fis une série de Sulfosine (10 à 15 accès fébriles), puis quelques électro-chocs. Le malade est sorti guéri et la guérison se maintient depuis 2 ou 3 ans.

L' « action contraire », un signal comitial ?
par M. Paul Schiff.

Observation. — L'adjudant-chef F..., 36 ans, vient consulter en août 1945, pour des troubles nerveux qui l'inquiètent beaucoup. A deux ou trois reprises, il a constaté le fait suivant : sur le quai du métropolitain, à l'arrivée du train, il veut se diriger vers le wagon qu'il a choisi et saisir l'une des poignées de la porte. Malgré l'intention nette qu'il a de saisir cette poignée, et alors qu'il avait voulu faire deux pas en avant, il se sent rejeté en arrière. Une force irrésistible lui fait faire plusieurs pas en sens inverse, jusqu'à la voûte du quai. Il reste ensuite immobile et comme cloué au sol, jusqu'au départ du train.

Très impressionné, l'adjudant F. renonce alors à voyager par le métropolitain et se rend à pied à la gare de l'Est, où il monte en chemin de fer sans difficulté et regagne son unité, stationnée en Seine-et-Marne. Il s'est produit ce qu'il dénomme « l'action contraire », et nous lui empruntons ce terme, qui est expressif.

Une semaine déjà avant de venir à la consultation, il avait eu le sentiment d'exécuter, à plusieurs reprises, des gestes, des actes « avec lesquels il n'était pas d'accord », mais ce n'avait été, jusque-là, que des impressions fugitives et non une véritable scission, douloureusement ressentie, de son être.

Ainsi réduit à son contenu intellectuel, le fait rapporté par l'adjudant F. ne semble pas valoir d'attirer l'attention. Les phénomènes qu'il décrit peuvent apparaître comme de banales hésitations, comme une de ces difficultés de l'action si fréquentes chez les névropathes, comme une manifestation courante d'ambivalence ou d'ambitendance bleulérienne. Ils prennent plus de valeur si l'on considère l'homme. Le képi enlevé, l'adjudant F. montre une vaste cicatrice de trépanation cranienne, cicatrice ovale, longue de 14 cm., large de 4 cm. en son plus grand diamètre : il a été blessé 15 mois auparavant, durant la campagne d'Italie, par un éclat d'obus qui a perforé la boîte cranienne, blessure à la suite de laquelle il fut plusieurs heures dans le

coma. La brèche osseuse n'est pas entièrement comblée, une surface de plusieurs centimètres carrés est battante sous les téguments.

Il n'a pas été possible d'obtenir des renseignements anamnestiques précis ; le sujet prétend ignorer les hôpitaux où il fut soigné et opéré, il est revenu au corps à la suite d'une permission de convalescence pour « séquelle de blessure du crâne ». Bien que conscient de l'importance de sa blessure, ce sous-officier redoute d'être réformé parce que, avec les diverses majorations de service colonial auxquelles il peut prétendre, il aura droit, dans dix mois, à une retraite pleine. Amené dans un centre neuro-chirurgical, il prend prétexte d'une attente un peu prolongée pour se soustraire aux examens radiologiques. Si l'on s'en tient à la cicatrice externe, la lésion pourrait intéresser le lobe frontal droit et la région interhémisphérique. A l'examen neurologique, on a trouvé une augmentation de tous les réflexes tendineux, le rotulien gauche est pendulaire, l'achilléen gauche plus fort. Aucun symptôme de la série cérébelleuse, pas de perturbation de la sensibilité profonde, pas de désorientation spaciale, pas de troubles du schéma corporel. Il n'existe pas de signes apraxiques. Il n'y a pas non plus de troubles oculaires, le fond d'œil est normal des deux côtés.

Le psychisme de l'adjudant F. a paru, dans la seule entrevue que nous avons pu avoir avec lui, un peu ralenti, mais une enquête a montré que cette bradypsychie n'avait été remarquée ni par ses camarades sous-officiers, ni par ses hommes.

Pour les raisons que nous avons indiquées, le sujet n'a pu être soumis à des examens suivis, mais l'évolution de la maladie s'est faite dans le sens d'une épilepsie. Un mois après sa visite à notre consultation, au cours d'une nouvelle permission à Paris, le sujet monte dans le train des théâtres, surchargé de voyageurs ; il ne trouve place que sur un marche-pied. Des camarades le voient, avec terreur, devenir livide en pleine marche, tomber en syncope ; il échappe à la chute en s'agrippant de la main gauche à la barre d'appui de la porte, la tête ballante. A la première station, on le descend sur le quai : les doigts de la main gauche étaient si fortement crispés sur la barre que ses camarades doivent unir leurs efforts pour arriver à la décontracter. F. est placé sur un banc, il rejoint deux jours après son unité, il aurait été hospitalisé 36 heures à l'hôpital communal de M.

Trois semaines plus tard, nouvelle absence au corps. Le médecin-commandant M., avec qui je venais de discuter le cas d'un autre « crisard », m'écrit : « Cette fois-ci, je ne penserai pas à la simulation, j'ai assisté moi-même, chez l'adjudant F., à une crise d'épilepsie indubitable. » Cette crise s'est déclanchée alors qu'il essayait de dénouer son ceinturon, la crispation de la main gauche a persisté longtemps après la résolution du corps en fin de crise.

En résumé, un blessé du crâne, avec lésion frontale droite probable, lésion calleuse à envisager, présente de l'épilepsie tardive

avec signe de la préhension de Janichewski. Il est venu consulter quinze mois après sa blessure, sept semaines avant l'apparition de l'épilepsie, pour un trouble de la conduction psychique qu'il désigne comme « un retournement de la pensée ou plus exactement un renversement de l'action ». Il précise : « Ce n'est pas la pensée qui est contraire, la pensée est ce que je veux, et l'acte le contraire de ce que je veux. » Plus tard, il répétera à plusieurs reprises : « Ce dont je souffre, c'est de l'action contraire. Ma maladie, c'est l'action contraire. »

En d'autres circonstances, et trois semaines environ avant la première entrevue, le sujet a constaté qu'en dépit qu'il en ait, l'acte exécuté ne correspond pas à ce que sa pensée ordonne, que certains de ses actes, à certains moments, sont même à l'opposé de ses intentions. Il insiste sur le contraste douloureusement ressenti entre la décision et l'exécution, entre la volition et l'accomplissement. C'est une espèce de division de la personnalité, dans la mesure où la personne est la synthèse d'un projet et de sa réalisation. Mais il ne s'agit pas d'un dédoublement vrai, tel qu'on peut le rencontrer dans un état crépusculaire hystérique, avec apparition d'une personnalité nouvelle, agissant de façon globale et homogène. Le sujet insiste sur le fait que l'acte accompli — celui d'un recul à l'entrée dans un wagon du Métropolitain — acte non complexe, acte fort simple et en apparence superficiel — est perçu comme s'opposant à sa personne consciente, qu'il n'a pas le sentiment de l'accomplir lui-même, mais qu'il y assiste malgré lui.

Cette fissuration ou fission intime, ce hiatus interne, doivent-ils être assimilés à l'une des formes de l'ambivalence bleulérienne, à ces ambitendances que Mlle Boutonier (1) a analysées et catégorisées avec précision ?

Sans doute, on voit des ambivalents vrais se plaindre de sensations et de sentiments voisins de ceux que rapporte l'adjudant F. Un de nos malades, Valentin, mécanicien, 23 ans, en proie à des conflits d'ordre psychanalytique à la fois intenses et évidents, nous dit :

Tous mes sentiments se rencontrent dans ma tête avec leurs contraires. Ils sont au-dedans de moi, à égale distance [*sic*] et à égale intensité. J'adore ma mère, mais c'est la seule femme au monde que j'eng... J'aime ma maîtresse, et je voudrais qu'elle tombe malade, pour pou-

(1) Juliette Boutonier. — La notion d'ambivalence. *Thèse de médecine*, Paris, 1938, Legrand, éditeur.

voir la soigner, je pense. Au cours d'une retraite dans un couvent, quand on allait à la prière, des airs de jazz entraient dans ma tête, etc... J'ai le besoin de faire le contraire de ce qu'on veut de moi. J'hésite tout le temps mais, finalement, j'ai le besoin de faire le contraire de ce que je veux faire, etc...

Si toute la vie de Valentin est ainsi une perpétuelle illustration de la plainte d'Ovide : « *video meliora proboque* », il y a des traits qui nous paraissent différencier essentiellement l'ambivalence de Valentin d'avec le « renversement de l'action » chez l'adjudant F.

C'est avant tout, chez ce dernier, la brusquerie, la commutation psychique. L'inversion a lieu brutalement chez lui lors du passage à l'acte, et la conscience de cette inversion apparaît brutalement une fois accompli l'acte non désiré. Il n'y a pas entre deux états opposés, celui de la volonté et celui de l'action, la simultanéité, la coexistence qui caractérisent l'ambivalence vraie type Bleuler. Ce n'est pas l'impossibilité de faire un choix entre deux intentions d'agir, mais l'impossibilité de faire coïncider le dessein et l'effet.

L'hésitant, le douteur, l'ambivalent du type ovidien ou bleulérien, s'ils parviennent à agir, voient avec plus ou moins de tristesse les motifs contraires à leur action croître en importance dans le champ de la conscience au fur et à mesure qu'ils accomplissent cette action. Chez l'adjudant F., c'est autre chose, c'est un « retournement » dans la sphère motrice, c'est le « renversement » brusque et inintentionnel, non pas de l'intention préalable, mais de sa conséquence pratique — c'est l'apparition instantanée d'une « action contraire » à cette intention. Avant l'acte du retour forcé en arrière, il n'y a pas chez F. une phase d'hésitation ou d'incertitude.

Voilà le fait, ses caractères distincts et ses apparentements cliniques. Que penser de sa pathogénie, de sa signification ?

Fait-il attribuer à une lésion du *corps calleux* l'incoordination mentale, la « dissociation intra-psychique » du malade ? L'absence d'apraxie rend une lésion calleuse peu probable, et nous savons par ailleurs que le rôle du corps calleux dans une « fonction synthétique de la pensée » (Lévy-Valensi) (1) reste à démontrer.

Une hypothèse plus plausible serait, pensons-nous, celle d'un *débat inconscient* chez notre malade. Averti par une ou des expé-

(1) Lévy-Valensi. — Le corps calleux. *Thèse*, Paris, 1910, Steinheil, édit.

riences antérieures qu'il pourrait sentir se déclencher chez lui, de façon inopinée, un incoercible réflexe de préhension, notre malade aurait lutté sans le savoir contre le danger. Il se refuse inconsciemment à saisir, dans la bousculade du Métropolitain, une barre ou une poignée dont il risquerait ne pouvoir se défaire avant le départ de la rame. Crispé sur cette poignée comme un électrocuté sur un fil électrique à haute tension, il serait, en cas de déclenchement du réflexe, entraîné dans le tunnel.

A l'encontre de cette hypothèse, on notera l'apparition tardive du réflexe de préhension, contemporain seulement des premières crises épileptiques vraies. Notre malade ne nous a pas signalé ce spasme précurseur quand il vint nous voir.

Enfin, troisième hypothèse, l'action contraire serait-elle un phénomène original et pathognomonique ? Peut-elle constituer un signe *d'épilepsie ?*

Presqu'autant que l'hystérie, l'épilepsie est une affection-protée, capable de réaliser des tableaux pathologiques très divers et de renseigner sur des processus psychiques variés.

Mlle Boutonier (*l.c.*, page 54) rapporte, il est vrai, un fait d'ambivalence chez un épileptique, mais son cas est complexe (traumatisme temporal chez un ancien encéphalitique) et concerne une ambivalence idéique banale : « il pleut » et, simultanément, « il ne pleut pas ». Il ne s'agit pas du phénomène que nous décrivons.

Or, nous venons de différencier l'ambivalence et l'ambitendance de Bleuler d'avec le « renversement de l'action » ; et nous posons aux membres de cette Société la question de savoir s'ils ont observé des épileptiques qui aient présenté le signe de l' « action contraire ».

Des recherches bibliographiques n'ont pas fourni la description d'un cas semblable au nôtre, mais nous avons le souvenir d'avoir vu il y a plusieurs années, à la consultation des épileptiques d'Henri-Rousselle, un sujet qui présentait ce même contraste, au caractère si particulier, entre la pensée et l'acte.

Si elle est vérifiée, la notion de l'action contraire chez les épileptiques pourrait entraîner parfois des applications médico-légales importantes.

Discussion

M. Marchand. — Dans le cas présenté par M. Schiff, il s'agit d'un cas que l'on peut classer comme épilepsie traumatique. Dans cette forme, on peut noter comme aura les troubles psychiques les plus curieux, et celui que nous rapporte M. Schiff peut être de nature épi-

leptique. Ce qui est fréquent, c'est d'observer l'inhibition des mouvements dont le sujet conserve l'idée. Quant au renversement de l'acte que le sujet veut accomplir, le fait doit être rare ; je ne l'ai jamais observé dans l'épilepsie commune.

M. Minkowski. — Si l'ambivalence devait apparaître au cours d'états comitiaux, elle ne pourrait le faire qu'à la faveur d'un trouble de la conscience, sous forme d'une obnubilation plus ou moins accusée. Ensuite, nous devons nous poser la question de savoir pourquoi, s'il s'agit réellement d'une manifestation comitiale, cette manifestation entre en jeu uniquement dans des circonstances particulières, à savoir dans le métro. Là, en tous les cas, des facteurs psychologiques pourraient être invoqués. Dans ce cas, il importerait de savoir comment le malade décrit sa « crise », surtout en ce qui concerne la brusquerie de son début.

M. H. Rezaï (de Téhéran). — A mon avis, il s'agirait là, puisque ce malade a eu par la suite un syndrome épileptique, d'une « absence consciente ». Ainsi que je l'ai noté dans une conférence récente (1), les processus mentaux subissent des oscillations. Ces dernières se manifestent chez l'homme sain de façon imperceptible ou peu perceptible. Dans les cas de maladie mentale, au contraire, leur intensité augmente, donnant lieu aux symptômes morbides.

M. Pierre Janet. — Bien des causes peuvent jouer un rôle dans le renversement de l'action. L'une des plus manifestes, à mon avis, est représentée par l'angoisse. Le sujet, fatigué par son acte, prend subitement horreur de l'acte accompli, et éprouve le besoin de faire le contraire. L'obsédé psychasthénique est souvent entraîné par des manies de la perfection et le désir de pousser une action à son terme complet. Cet effort amène l'épuisement et aboutit à un renversement de l'action. Tel sujet a le désir de nettoyer sa bicyclette, de la faire briller. Il s'y épuise complètement et alors prend un marteau et casse la bicyclette en petits morceaux. Il entreprend de nettoyer son pantalon, d'en faire disparaître les taches. Cela devient angoissant et épuisant, et alors il prend des ciseaux et coupe son pantalon en petits morceaux. Il se peut que l'épilepsie joue un rôle de même genre dans le renversement de l'action. L'angoisse peut déterminer les actes les plus absurdes. C'est le cas du timide qui, au moment d'entrer dans un salon, se sauve. Nous sommes encore très éloignés de connaître le mécanisme des réactions contraires.

M. Schiff. — Il est très possible que l'angoisse ait joué un rôle chez notre malade, mais la question me paraît rester en suspens de savoir s'il s'agit chez lui d'un phénomène psychogène ou d'un court-circuit sous-cortical d'origine comitiale.

(1) Essai sur l'explication des psychoses par l'étude des oscillations de l'élan vital pendant la veille et le sommeil. *Congrès médical de Téhéran*, juillet-octobre 1945.

Le désir de perfection au début de la démence précoce,
par MM. G. Heuyer, Leroy, Lebovici et Dtatkine.

Parmi les multiples aspects de la démence précoce dans sa phase prodromique, certains caractères du comportement se retrouvent fréquemment, colorant de façon particulière le tableau clinique et permettant d'envisager dès ce stade la possibilité d'une évolution schizophrénique.

Le plus banal de ces aspects est une baisse de l'activité scolaire ou professionnelle, le sujet semble se désintéresser de son travail. C'est « l'adolescent paresseux », décrit par Dide et Guiraud.

Dans d'autres cas moins fréquents, un sujet, jusque-là d'apparence normale, présente une baisse du sens moral, rendant impossible la vie familiale ou scolaire et poussant même le malade à commettre des actes délictueux. Ces états acquis sont facilement différenciables des perversions instinctives, mais peuvent poser un problème diagnostique délicat avec les perversions post-encéphalitiques. On voit par la suite se développer le tableau plus ou moins complet de la démence précoce. L'un de nous a pu ainsi observer, tant à l'Infirmerie spéciale qu'au Patronage de l'enfance, un certain nombre de démences précoces à début héboïdophrénique (1).

Ces manifestations entrent facilement dans le cadre de l'indifférence affective et de l'autisme schizophrénique. Il n'est plus besoin de revenir sur l'apragmatisme des déments précoces, et il est aisé de concevoir que l'ambivalence rende inopérantes les notions du bien et du mal.

Par contre, dans un certain nombre de cas, le processus de dissociation schizophrénique peut au début entraîner des réactions paradoxales modifiant de façon imprévue le comportement du sujet. Loin de devenir paresseux ou immoral, il devient un hyperactif, à vrai dire dans un sens particulier. Il exprime un désir de perfection qui se traduit par des actes appropriés. L'attitude du sujet peut paraître adaptée, son travail demeurant efficace pendant une période plus ou moins longue. L'entourage peut être intrigué par le comportement excessif du malade, mais il ne se rend compte que beaucoup plus tard de la nature morbide de cette activité.

(1) G. Heuyer, Mlle Badonnel et Bouyssou. — Les voies d'entrée dans la démence précoce, *Annales Médico-psychologiques*, 1929, 1, 2, 3.

Voici deux observations de malades étant entrés dans la démence précoce par cette voie inhabituelle :

Observation I. — M..., Simone, âgée de 19 ans, est fille unique. Il n'y a pas eu de fausse-couche. La grossesse a été normale et l'accouchement sans incident. Poids : 4 kg. Premier développement normal. Pas de convulsions dans l'enfance. Comme maladies infantiles : scarlatine et otite.

Scolarité : a eu le certificat d'études primaires et le brevet. A quitté l'école à 16 ans. A appris la sténo, la comptabilité et les langues. Elle a travaillé au bureau avec sa belle-mère pour l'aider dans son commerce. Mais, depuis un an, n'a pu continuer à travailler, notamment à faire de la dactylo. Elle avait des scrupules, elle paraissait obsédée. Quand elle allait aux w.-c., elle ne pouvait se décider, car elle devait passer devant l'église et elle avait peur de faire un péché. Elle avait la crainte de faire du mal.

Ses préoccupations mystiques allèrent en s'accentuant. C'est alors qu'elle fut orientée vers les Guides. Elle s'y intéressa et montra une grande activité dans ce qu'on pensait n'être qu'une distraction. Par contre, à la maison, elle ne faisait rien. Elle s'est imposé des veillées, elle passait quelquefois des nuits sans dormir, pour se fortifier, disait-elle. De temps en temps, elle avait des impulsions brusques ; un soir, elle est sortie « pour voir des lumières ».

Dans sa troupe de Guides, elle a joué la comédie, elle faisait le rôle de la Sainte Vierge. Un jour, elle a été convaincue qu'elle était la Vierge et elle est rentrée chez elle en disant : « De moi va naître un Christ. » Elle était convaincue que sa grand'mère allait bientôt mourir et elle voulait faire pénitence pour être assurée que sa grand'mère irait au ciel.

Elle avait des idées de persécution. Son père a d'ailleurs été arrêté pour des faits de collaboration. Elle pensait que les communistes allaient lui faire du mal. Elle avait des crises d'anxiété et de l'insomnie. Peu à peu, ces idées délirantes s'accentuèrent. Elle déclara avoir reçu un jour un message, elle est sortie pour voir les lumières de la ville, déclarant que c'était la Communion des Saints. Craignant toujours d'être persécutée, elle était convaincue qu'elle était gardée par la voiture du Commissaire de Police de son pays.

Elle avait surtout le goût de la perfection. Elle se désintéressait de ce qui se passait dans la maison. Par contre, elle voulait devenir chaque jour meilleure, elle se fixait chaque fois de bonnes actions, elle s'empêchait de dormir, elle se privait de repas, pour devenir meilleure, disait-elle. Elle était très bonne et allait volontiers dans les familles pauvres pour faire la charité.

Quand nous l'avons examinée, elle présentait au maximum ce goût de la perfection. Mais elle avait aussi une petite ébauche d'automatisme mental ; une fois, elle a eu des hallucinations psychiques, elle

avait un sentiment d'influence avec une mission à remplir. Elle avait quelques interprétations morbides. Il y avait des corrélations, disait-elle, entre ce qu'elle lisait et sa propre vie. Depuis quelque temps, elle avait des intuitions.

L'examen physique ne révélait rien d'anormal, une tension artérielle de 11-7.

Il n'y avait rien d'important à noter dans les antécédents héréditaires. Le père, âgé de 57 ans, est bien portant, le grand-père paternel était décédé à 35 ans d'accident. La grand'mère paternelle est âgée de 78 ans. Le père a eu 4 frères et une sœur bien portants, il a perdu une sœur de méningite et un frère d'accident. La mère est décédée à 42 ans d'une maladie de cœur. Le grand-père paternel est décédé à 65 ans d'asthme. La grand'mère maternelle est décédée à 75 ans. La mère avait deux frères bien portants.

Le père est remarié. La belle-mère montre une très grande compréhension dans ses rapports avec sa belle-fille qu'elle a d'ailleurs presque complètement élevée, de telle sorte que Simone a l'habitude de l'appeler maman.

Le comportement de Simone était double. A la maison, elle ne faisait rien. Par contre, quand elle était aux Guides, elle s'exaltait, parlait d'une mission sociale à remplir et dans ses propos et sa conduite montrait un tel désir de perfection qu'elle était un modèle pour ses compagnes. La discordance entre ce comportement dans la famille et à l'extérieur était tel qu'un conflit a fini par surgir entre la belle-mère et le prêtre qui dirigeait d'équipe de jeunes Guides. Le désir de Mme M..., femme très énergique, était de voir Simone ponctuelle, faisant un travail effectif et précis à la maison.

Le prêtre, très grand admirateur du travail fait par Simone dans l'équipe de Guides, incriminait Mme M..., l'accusant d'être sans cesse « sur le dos » de Simone, de la trop raisonner, de sanctionner trop sévèrement ses étourderies dans la maison. Il donnait comme un exemple la conduite de Simone aux Guides, déclarant qu'il s'agissait d'une évasion (*sic*) à laquelle elle s'était donnée avec d'autant plus d'ardeur que c'était l'opposé de son atmosphère journalière. Dans une lettre qu'il nous a écrite, ce prêtre nous déclarait que Simone était vivante, fournissant des travaux divers, bien faits sans effort anormal, sympathique à tous et douce. Il trouvait tout naturels ses hésitations, ses scrupules, ses rêveries. Sur ses conseils, Simone fut conduite à un neurologiste qui conseilla : « Pas de responsabilités, repos, détente ».

Mais les préoccupations mystiques de Simone allèrent en s'accroissant, c'est alors qu'elle nous fut conduite. Mise en maison de santé, elle a subi une série de 12 électro-chocs qui l'ont améliorée, mais qui ont laissé persister d'une part une certaine excitation avec quelques rires souvent immotivés, et toujours le souci de s'améliorer et de se perfectionner.

OBSERVATION II. — G..., Jacques, 18 ans.

Frères et sœurs. — 1° Andrée, sœur utérine, décédée à 5 mois ; 2° Pierre, 25 ans, bien portant ; 3° André, 23 ans, bien portant.

Le père, mauvais sujet, avait plusieurs fois volé. Habitudes éthyliques contractées sur le tard. Séparé de sa femme depuis 1937. Milicien tué par les F.F.I. en juillet 1944. *Grands-parents paternels :* pas d'anomalies connues. *La mère,* âgée de 43 ans, semble très nerveuse, vit actuellement maritalement avec un bijoutier. *Grands-parents maternels* en bonne santé.

Jacques est né à terme, après un acouchement normal, allaitement artificiel, premier développement psychomoteur normal, scolarité normale, jusqu'au brevet élémentaire. Entre ensuite en apprentissage dans un atelier de mécanique. Semble souffrir de la séparation de ses parents, et s'entend mal avec l'ami de sa mère. Après la mort de son père, en 1944, décide de continuer ses études, malgré une certaine opposition de sa mère. Quitte alors le domicile maternel et entre comme moniteur d'éducation physique dans un lycée parisien où il reste toute une année scolaire. Cependant, nous dira-t-il, l'atmosphère de l'enseignement lui paraît un peu étriquée. Durant cette année, il commence la préparation du baccalauréat, sous la direction de quelques professeurs. Aux grandes vacances, il quitte définitivement le lycée, dont il ne peut plus supporter l'ambiance. Devient alors manœuvre dans un atelier de mécanique, habite dans une chambre d'hôtel, et vit dans la solitude la plus absolue, uniquement préoccupé, en dehors de ses heures d'atelier, par ses études, auxquelles il consacre des soirées et même des nuits entières.

La mésentente avec sa mère est de plus en plus grande, malgré la séparation. Très orgueilleux, il ne supporte aucun conseil. Certains détails de la vie de son fils ne vont pas tarder à inquiéter la mère. C'est d'abord sa liaison déjà ancienne, avec une femme mariée âgée de 43 ans, qu'il voit de plus en plus rarement, mais qui l'entretient partiellement. Il se néglige de plus en plus, se lave rarement pour ne pas perdre de précieuses minutes d'études. Il fait preuve d'une avarice de plus en plus sordide, se prive de manger, d'où amaigrissement notable. Ces bizarreries sont mises sur le compte de l'hérédité paternelle, et ne semblent pas pathologiques à l'entourage.

La mère intervient cependant auprès du commissaire de police pour les motifs suivants : il remet l'argent qu'il économise à son patron, pour avoir une part dans l'affaire de celui-ci. Le commissaire convoque notre malade et l'adresse à la consultation de psychiatrie des Enfants-malades.

A l'examen, Jacques se montre méfiant et orgueilleux, répond avec mauvaise volonté, qualifie d'idiotes les questions posées. Mimique inexpressive avec des sourires discordants. Remarquable rareté du clignement, quelques mouvements de parasitisme mimique. Nombreux phénomènes de barrage au cours de la conversation. A certains moments, paraît absent, ne répond à aucune question. Il finit

par nous expliquer son attitude par son grand désir de réussir, de devenir ingénieur et d'avoir une situation sociale supérieure à celle de son père. Il nous explique quelques idées très pauvres de grandeur, et nous parle de sa supériorité intellectuelle. Il se soumet à un régime de sous-alimentation pour faire des économies et aussi pour faciliter le travail cérébral.

Très hostile à l'égard de sa mère. Indifférence totale devant ses angoisses.

A côté de son désir de perfection intellectuelle manifeste un amoralisme complet, trouve naturel de se faire entretenir. Pas d'apragmatisme sexuel. Très réticent sur l'état de ses études. Quelques questions mettent cependant en évidence la stérilité de ses efforts, il finit par avouer avoir beaucoup de mal à assimiler le programme de seconde. Pas d'autre idée délirante, pas de manifestations psycho-sensorielles. Inconscient de son état morbide, refuse de se laisser soigner, affirme sa volonté de persévérer dans son activité.

L'examen physique ne révèle rien d'anormal, sinon un état de saleté repoussant.

Ainsi, nous voyons chez nos deux malades une période relativement longue d'activité accrue, apparemment cohérente, orientée chez notre jeune fille vers un idéal de pureté et de perfection morale, chez notre jeune homme vers un désir de réussite sociale.

Aux yeux de leur entourage, cette activité paraît normale. Ce sont des phénomènes survenus bien plus tard qui inquiètent les parents.

Il est très louable qu'une jeune fille s'efforce de devenir une Guide parfaite, participe aux différents jeux avec un enthousiasme sincère et manifeste toute sa foi dans des représentations théâtrales à sujets religieux. La famille eût préféré que Simone eût une activité plus terre à terre, devînt une bonne employée de commerce et une maîtresse de maison diligente. Mais un prêtre pense au contraire qu'une séparation d'un milieu familial incompréhensif est indiquée pour permettre l'épanouissement des qualités morales de Simone, et propose de la placer au Secours suisse.

L'évolution montre la continuité du désir de perfection moral dont fait preuve Simone et du délire mystique qui devient manifeste par la suite. C'est alors que, rétrospectivement, on retrouve tout ce qu'il y avait d'inadapté et d'insolite chez cette jeune fille de 19 ans qui ne s'intéressait qu'à des jeux d'un autre âge.

Jacques a suivi une évolution parallèle. Son désir d'étudier le fait entrer comme moniteur dans un lycée. C'est l'attitude normale et sympathique de l'étudiant pauvre, trouvant trop étroite et mesquine l'atmosphère du lycée, il préfère travailler dans un

atelier et n'en poursuit pas moins ses études. Extérieurement, il fait preuve de beaucoup de volonté, c'est un arriviste, et c'est ainsi que le considère sa mère. C'est l'excès de systématisation de son existence qui finit par l'amener devant nous, et là, devant le résultat nul de son travail, il est également facile de faire une critique rétrospective de son activité. Au lycée, il n'a pas pu s'adapter, très vite son travail est devenu celui d'un autodidacte solitaire, refusant la confrontation avec le jugement d'autrui.

Nos deux malades agissent l'un et l'autre avec une logique rigoureuse, suivant un principe général directeur ; mais chez eux, manque la part d'affectif, d'irrationnel nécessaire à l'adaptation du comportement aux conditions extérieures. Pour nuancer une activité normale, il faut savoir renoncer, partiellement, quand les circonstances extérieures l'exigent.

Le rigoureux déterminisme de leurs actes les fait écarter du but proposé, leur action devient de plus en plus inefficace, avant même qu'apparaissent d'autres signes de la dissociation schizophrénique.

Ce processus rentre dans le « rationalisme morbide » qu'ont décrit Rogues de Fursac et Minkowski. Mais, dans le désir de perfection, il y a une activité réelle d'apparence cohérente et efficace pendant de nombreux mois ; ce n'est pas une activité mentale autistique, se traduisant par des actes décousus, vite arrêtés par leur absurdité ou leur caractère inadapté.

Cette voie d'entrée dans la schizophrénie n'est qu'une exagération de tendances fréquentes des adolescents normaux enclins aux crises morales, pendant lesquelles ils observent de façon rigoureuse certains principes ou sont prêts à tout sacrifier au profit d'une discipline qui les absorbe entièrement.

Discussion

M. Guiraud. — Je suis obligé de faire à M. Heuyer la même objection qu'à M. Maillard. J'estime que sa première observation — la seule où le désir de perfectionnement et même de perfection apparaisse comme symptôme vraiment important — ne doit pas être appelée « démence précoce ». On voit souvent, surtout chez les jeunes filles, des syndromes d'apparence hébéphrénique qui guérissent d'ordinaire en quelques mois. Il semble que dans ces cas, il y ait, au moment où l'instinct sexuel tend à se déployer dans la réalité, un passage vital difficile à franchir, et qui peut se manifester par des symptômes hébéphréniques et catatoniques entièrement curables.

M. Marchand. — Je crois qu'il y aurait lieu de distinguer l'idée de perfectionnement qui est secondaire à une idée délirante, à l'idée d'une mission (divine ou autre, par exemple), et l'idée de perfection-

nement qui est primitive, en rapport avec une modification de la personnalité du sujet, et qui peut être un symptôme de démence précoce.

M. Daumézon. — Le désir de perfectionnement peut être un des éléments normaux de la psychologie d'un sujet, si ce sujet devient malade : le désir de perfectionnement sur cette personnalité perturbée prend alors un aspect particulier, portant l'empreinte du morbide. Le même sujet vient-il à guérir, son désir, qui reste un trait de psychologie normale, peut persister, c'est ce que j'ai pu constater chez telle de mes malades après un accès schizophrénique ayant duré plusieurs années. Le problème est donc de fixer l'aspect clinique particulier que peut prendre le désir de perfection.

M. Minkowski. — Dans l'idée de perfectionnement à forme de rationalisme morbide, l'antithèse du bien et du mal apparaît à l'état nu, pour ainsi dire. Le sujet érige, par des procédés rationnels, un programme d'action qui mène très rapidement à des actes désadaptés. Là, il s'agit d'emblée d'une alerte sérieuse. Lorsqu'entrent en jeu l'idée d'une mission et le *désir* de perfectionnement en fonction de cette mission, la situation, du point de vue psycho-pathologique, peut se présenter sous un autre aspect. La désadaptation peut être beaucoup moins précoce ; le cas devra être apprécié d'après l'ensemble des symptômes présentés par le malade.

M. Bonhomme. — Ce désir de perfectionnement s'observe assez souvent dans la démence précoce. J'ai observé, avec M. Guiraud, une malade ressemblant beaucoup à celle de M. Heuyer. Elle poussait ce désir de perfection jusqu'au dépouillement de ses vêtements. Elle est plusieurs fois revenue chez elle ayant donné dans la rue à des passants un manteau, ses chaussures, etc...

Je rapprocherai ce symptôme d'un désir souvent exprimé par ces malades, qui est celui de travail et le besoin d'être occupés. Les familles ne se rendant pas compte de l'incapacité de leurs malades de s'employer utilement, nous demandant un plan de travail qui reste sans aucune possibilité de réalisation, ou en tout cas de durée.

La psychochirurgie, par MM. P. Puech, J. Morice et M. Brun.

A la séance du 23 octobre 1945, M. le doyen A. Baudouin, revenant d'Amérique, souligna devant nous l'effort accompli aux U.S.A. pour traiter neurochirurgicalement un certain nombre de malades mentaux. Il insista tout particulièrement sur la fréquence avec laquelle les psychiatres américains demandaient aux neurochirurgiens de pratiquer une lobotomie préfrontale.

L'un de nous, ayant pris la parole pour remercier notre président de nous avoir apporté, avec une documentation précise, le fruit de son expérience, a insisté sur le fait que les malades men-

taux justiciables de la neurochirurgie méritaient d'être scrupuleusement sélectionnés.

M. Baudouin rappelait très justement que le premier devoir du médecin est de ne point nuire. Ceci est particulièrement vrai pour le neurochirurgien, dont les armes, même entre des mains expertes, ne sont pas inoffensives. Si, à de multiples reprises, déjà, nous avons eu l'occasion d'insister sur l'importance de la neurochirurgie en psychiatrie, nous avons dû dénoncer aussi les abus de la neurochirurgie. C'est dire que nous sommes opposés aux interventions systématiques en grande série chez les malades psychiatriques, de la même manière que nous nous sommes refusés à opérer systématiquement tous les sujets atteints de sciatique. Il en va, à notre sens, du respect pur et simple de la personnalité humaine, partant de la dignité de la profession médicale. Nous croyons devoir relater très brièvement les faits que nous avons alors exposés, et que les circonstances ne nous ont pas permis de publier encore.

Le traitement chirurgical des troubles mentaux n'est pas une chose nouvelle. De même que le traitement des traumatismes de la tête, il est passé par deux étapes, l'une cranienne qui remonte à Hyppocrate, l'autre cérébrale qui est contemporaine.

Depuis que le service de neurochirurgie des hôpitaux psychiatriques de la Seine fonctionne à Ste-Anne, nous nous sommes attachés au traitement des troubles mentaux en nous plaçant sous deux angles : lésionnel et fonctionnel.

La chirurgie, pour traiter les troubles mentaux, peut s'attaquer tantôt à une lésion extra-cérébrale, tantôt à une lésion cérébrale. Ces deux types de psychochirurgie ont justifié la création successive des services de chirurgie des hôpitaux psychiatriques en 1900 et du service de neurochirurgie en 1939.

I. PSYCHOCHIRURGIE LÉSIONNELLE. — A) *Psychochirurgie lésionnelle extra-cérébrale.* — Depuis longtemps, les chirurgiens se sont attachés à traiter un certain nombre de troubles mentaux par des actes de chirurgie générale. Chacun se rappelle les travaux de Pique, dont certains gardent quelque actualité.

B) *Psychochirurgie lésionnelle cérébrale.* — Les résultats de la thérapeutique neurochirurgicale des troubles mentaux lésionnels sont à l'heure actuelle bien connus.

a) *Psychochirurgie lésionnelle cérébrale non traumatique.* — Nous n'insisterons pas sur le traitement des lésions non traumatiques génératrices de troubles mentaux. Nous savons en effet que si les troubles mentaux dans les tumeurs sont fréquents,

nous ne rencontrons par contre que peu de néo-formations cérébrales dans les asiles. Ceci s'explique par le fait tout simple que le diagnostic de tumeur cérébrale étant devenu plus aisé, les malades sont opérés en temps voulu et que, seuls, les cas incurables sont pratiquement admis dans les hôpitaux psychiatriques.

A côté des tumeurs, dont l'ablation amène dans la majorité des cas une sédation des troubles, doivent être placés les hématomes non traumatiques et les abcès. Nous pouvons dire que le plus souvent la suppression de la cause entraîne celle des troubles mentaux.

La pratique de l'encéphalographie gazeuse, tant dans un but diagnostique que thérapeutique, et de la ventriculographie nous a montré l'existence fréquente de méningite séreuse localisée, véritable kyste séreux arachnoïdien chez certains malades mentaux et certains épileptiques.

Ces méningites séreuses sont très souvent localisées à la région de la citerne chiasmatique. Leur existence peut être due à deux phénomènes différents et la thérapeutique varie suivant les cas :

Tantôt le kyste séreux est une véritable méningite séreuse localisée réactionnelle à une infection de voisinage et s'accompagne alors d'un syndrome clinique et opératoire d'hypertension intracranienne (le premier malade opéré par l'un de nous en 1934, et rapporté ici à la séance du 12 juillet 1934, le fut pour un syndrome d'hypertension intracranienne avec troubles mentaux. La ventriculographie montrait une déformation du type tumoral). Dans de tels cas, l'ouverture de la citerne chiasmatique est nettement indiquée et amène la guérison du malade.

Au contraire, il arrive que l'augmentation de volume de la citerne est secondaire à une atrophie cérébrale localisée ou diffuse. Il n'existe plus alors aucun syndrome d'hypertension intracranienne. Le kyste séreux comble une zone d'atrophie cérébrale. L'opération est alors contre-indiquée, et, si elle est pratiquée par erreur, elle n'amène aucune amélioration.

Les méningites séreuses localisées peuvent se voir dans d'autes régions que la citerne chiasmatique et notamment dans la région de la scissure de Sylvius ou de la région motrice, génératrice alors d'épilepsie et de troubles mentaux.

C'est ainsi que dans un cas de maladie de Bourneville, existait une grosse méningite séreuse de la région sylvienne. Il est bien évident que dans ce cas, comme dans tous ceux où la méningite séreuse localisée est secondaire à une lésion d'atrophie ou de sclérose cérébrale, l'intervention — suppression du kyste séreux arachnoïdien — ne produit aucune amélioration psychique.

b) *Psychochirurgie lésionnelle cérébrale post-traumatique.* — Pendant cette période de guerre, une partie du service neurochirurgical des hôpitaux psychiatriques de la Seine est devenue un centre des traumatisés de la tête. Nous nous sommes de ce fait attachés aux traitements chirurgicaux des troubles mentaux post-traumatiques. Nous devons dire que nos résultats ont dépassé nos espoirs.

Chacun sait en effet la grande fréquence, dans les traumatismes craniens encéphaliques récents, des états confusionnels ou maniaques, et même parfois des états oniriques. Ceux-ci s'amendent souvent de façon spontanée. Dans d'autres cas, seule la suppression de la lésion : hématome extra- ou sous-dural, méningite séreuse, œdème cérébral, amène très rapidement la rétrocession des troubles psychiques, en même temps qu'elle guérit le malade.

Les séquelles psychiques des traumatismes craniens sont elles aussi, parfois, justiciables d'une thérapeutique neurochirurgicale. Pour se décider à l'intervention, il faut cesser d'envisager les séquelles des traumatismes du crâne sous une forme nosographique. Nous nous sommes attachés à l'étude et au traitement des troubles mentaux, en fonction de la lésion cérébrale post-traumatique. C'est ainsi que nous avons pu guérir avec succès un malade atteint de syndromes psychiatriques généralement classés comme incurables, en extirpant un kyste post-traumatique intra-cérébral, un hématome, une méningite séreuse localisée ou diffuse...

II. Psychochirurgie fonctionnelle. — Celle-ci est encore à ses débuts. Elle reste très délicate. La neurochirurgie fonctionnelle est bien plus aisée que la psychochirurgie fonctionnelle.

En neurologie, les localisations cérébrales et le trajet des faisceaux nerveux ont acquis une grande précision.

En psychiatrie, de très grandes incertitudes persistent.

Des tentatives de traitement neurochirurgical d'un certain nombre de troubles mentaux ont été néanmoins pratiquées. Parmi celles-ci, il faut retenir :

I. les leucotomies frontales et lobotomies préfrontales ;

II. les amputations frontales ;

III. des interventions régulatrices de l'équilibre du liquide céphalo-rachidien ;

IV. des interventions sur la région du IIIe ventricule.

I. *Leucotomies et lobotomies préfrontales.* — Depuis le travail d'Egaz Moniz, qui a montré l'intérêt de la leucotomie frontale,

dans un certain nombre de troubles mentaux, les auteurs anglo-saxons, et en particulier Freemann et Watts, ont précisé l'intérêt de la lobotomie préfrontale, dont M. Baudouin nous a rapporté les statistiques.

Cette dernière intervention est pratiquée d'une façon courante aux U.S.A., en Amérique du Sud, en Angleterre, en Suède ; Olive Crona l'a pratiquée 80 fois, au cours de l'année écoulée.

Psychiatres et neurochirurgiens des pays étrangers s'accordent pour lui attribuer une action thérapeutique très souvent efficace dans un grand nombre de mélancolies anxieuses, notamment au prix d'une diminution de l'autocritique.

Nous n'avons pratiqué qu'un nombre restreint de leucotomies et lobotomies et notre expérience est encore insuffisante pour donner des résultats précis. Nous sommes certains que cette intervention doit être pratiquée avec discernement lorsque les autres traitements ont été sans résultat, en particulier l'électrochoc. Nous sommes aussi persuadés qu'elle mérite d'être appliquée chez des malades bien étudiés et sélectionnés d'une façon plus fréquente qu'on ne le fait encore en France.

II. *Les amputations frontales.* — Th. de Martel avait tenté de traiter certains troubles mentaux par des amputations frontales. Après des résultats momentanés satisfaisants, l'inefficacité de la méthode s'était avérée dans les cas qu'il avait opérés.

Des recherches expérimentales ont été faites par de nombreux chirurgiens. Il n'est pas à l'heure actuelle possible de porter les indications précises de la méthode.

III. *Intervention régulatrice de la circulation du liquide céphalo-rachidien.* — Nos recherches ont porté principalement sur les troubles de la circulation du liquide céphalo-rachidien. C'est ainsi que la pratique systématique de la trépano-ponction dans les cas de diagnostic incertain a conduit le docteur Bessière et l'un de nous à isoler les formes psychiatriques de l'hypotension.

Depuis, de nombreux travaux nous ont permis de voir les rapports étroits des perturbations de l'équilibre du liquide céphalo-rachidien et des troubles mentaux. Nous avons vu les résultats remarquables que produit dans certains cas le rétablissement d'une pression intra-ventriculaire normale.

Il y a cependant des cas d'hypotension, vérifiés par la trépano-ponction et mesure de la pression au manomètre, où la thérapeutique habituelle ne produit aucune amélioration. Dans ces cas d'insuccès, ainsi que nous l'avons montré, l'hypotension primitive en apparence est en réalité secondaire à une atrophie ou

une sclérose cérébrale diffuse ou localisée, qui est la cause des troubles mentaux. Il est évident que dans ces cas, le rétablissement d'une pression normale n'amène aucune amélioration.

La même distinction doit être faite au sujet de l'hydrocéphalie ventriculaire. En effet, depuis longtemps déjà, l'un de nous pratique, dans certains cas de dilatation ventriculaire, l'ouverture de la lame sus-optique, afin de rétablir la circulation du liquide ventriculaire. Cette hydrocéphalie ventriculaire peut être due à deux causes principales :

Soit un obstacle sur les voies normales d'écoulement du liquide céphalo-rachidien, et la dilatation des ventricules s'accompagne alors d'hypertension intracranienne appréciable par la clinique et par la mesure de la pression ventriculaire.

Soit, au contraire, secondaire à une atrophie cérébrale. La pression ventriculaire est alors normale ou inférieure à la normale. Seule la première de ces deux formes est justiciable d'une thérapeutique neurochirurgicale efficace.

IV. *Intervention sur la région du IIIe ventricule.* — Nous avons eu l'occasion précédemment d'insister sur les interventions que nous avons été amenés à pratiquer chez des malades atteints de troubles mentaux ou chez des épileptiques.

L'ouverture de la citerne chiasmatique ou de la lame sus-optique a, à notre sens, des indications très précises en psychiatrie. Ces indications sont données par l'encéphalo, la ventriculo et la mesure de la pression ventriculaire. Nous avons pratiqué ces interventions, d'abord dans un but fonctionnel, car nous connaissons le rôle du IIIe ventricule dans la production d'un certain nombre de troubles mentaux, fait sur lequel M. Guiraud a fortement insisté. A l'heure actuelle, nous croyons devoir classer ces interventions dans la psychochirurgie lésionnelle ; par contre, l'intérêt de l'encéphalo par voie lombaire en psychiatrie mérite encore de rester dans le cadre de la thérapeutique fonctionnelle. Nous avons insisté à de multiples reprises sur son intérêt, nous n'y reviendrons pas ici.

Nous sommes tentés de croire qu'avec l'accroissement de nos connaissances, la psychochirurgie fonctionnelle se réduira au profit de la psychochirurgie lésionnelle. Au cours des prochaines séances de la Société, nous envisagerons les résultats que nous avons obtenus dans les différentes branches de la psychochirurgie, ci-dessus indiquées.

La séance est levée à 18 heures.

Le secrétaire des séances :
Pierre Menuau.

SOCIÉTÉS

Société de médecine mentale de Belgique

Séance du 25 mai 1946

Présidence : M. Van GEHUCHTEN, président

Recherches expérimentales sur diverses substances antagonistes des barbituriques (test : rigidité décérébrée), par MM. Divry et Evrard.

Les agents pharmacodynamiques de la série barbiturique, injectés à doses convenables dans les veines du chat en état de rigidité décérébrée, diminuent fortement — et le plus souvent, abolissent — le tonus postural, tandis que les réflexes tendineux sont conservés et que les réflexes cutanéo-muqueux subissent une diminution plus ou moins prononcée. Des injections intra-veineuses antagonistes de substances excitantes rétablissent l'hypertonie posturale et les réflexes cutanéo-muqueux dans leur état antérieur. Les substances antagonistes les plus actives sont, classées par rang d'efficacité : le cardiazol (100 0/0), la caféine (90 0/0), l'éphédrine (83 0/0) et la picrotoxine (80 0/0) ; l'actédron, la pervitine, la pilocarpine sont également efficaces, mais à un moindre degré. L'antagonisme de la strychnine est moins électif en ce sens que la restauration du tonus postural des extenseurs est noyée dans l'hypertonie plastique générale.

Notes de psychiatrie coloniale au Congo, par M. J. Raveschot.

Parmi les Blancs, il se présente annuellement environ 120 cas de troubles mentaux dont plus de 100 sont soignés au Congo ; les autres sont rapatriés. Les neurasthéniques sont très nombreux. Toutes les formes de maladies mentales se rencontrent, principalement des dépressions, des confusions mentales, des délires d'interprétation, des troubles dus à l'alcoolisme.

Parmi les indigènes, on observe au moins 15.000 cas par an, surtout des cas aigus. Toutes les formes de maladies mentales se retrouvent et la coloration des délires dépend du milieu. Les indigènes non évolués présentent surtout des états de dépression ; les indigènes évolués, parmi lesquels

les maladies mentales sont fréquentes, présentent surtout des délires et des confusions mentales.

Il n'y aurait pas de maladies mentales propres à la colonie.

Au point de vue thérapeutique, il n'existe pas de centres spécialement outillés. Il apparaît nécessaire d'en créer au moins un par province, de manière à pouvoir adapter l'organisation de l'assistance psychiatrique au Congo, aux disciples psychiatriques modernes.

Dimensions et repères des ventricules cérébraux normaux,
par M. J. Heernu.

La radiographie du crâne après injection d'air dans les ventricules est aisément interprétée lorsqu'il s'agit de lésions grossières (déplacement, déformation, hydrocéphalie). Dans les cas douteux, et spécialement là où il y a un intérêt majeur à déceler une déformation ventriculaire (traumatisme cranien, origine organique d'une psychose), il devient nécessaire de préciser ce qu'il y a lieu de considérer comme normal. L'élimination des clichés provenant de malades présentant des signes neurologiques nets ou des altérations du liquide céphalo-rachidien, permet de définir la forme et les dimensions normales des ventricules. Les clichés sont pris en position assise, après injection de 20 cc. d'air par voie lombaire. De profil, le ventricule dessine une portion frontale dilatée, se prolongeant vers l'arrière par une partie plus effilée ne dépassant pas habituellement 8 mm. De face, seule la tache plus marquée à l'union des cornes frontale et occipitale doit être prise en considération ; elle a la forme d'un triangle dont la base horizontale (AB) mesure environ 10 mm. et dont le sommet se projette sur le prolongement externe de la base à une distance variable en C, de telle sorte que le rapport CB/BA = 1/1 à 1/2. L'augmentation de volume du ventricule a pour effet de redresser le côté externe du triangle de telle sorte que le point C se rapproche de B et que le rapport atteigne 1/3. Le calcul de ce rapport, joint à la mesure de la largeur de la partie effilée du ventricule, permet d'apprécier, dans les cas douteux, l'existence d'une dilatation légère.

Délires aigus traités par la pénicilline,
par MM. Ch. Rouvroy, P. Delhalle et P. Demoulin.

Deux cas très graves de délire aigu ont été traités par la pénicilline. Dans l'un, évoluant depuis une huitaine de jours, l'issue fatale ne put être évitée. Dans l'autre, qui fut entrepris onze jours après le début, une amélioration nette se manifesta quelques heures après la première injection intra-musculaire de 20.000 unités. La malade reçut dans la suite 20 et 25.000 unités toutes les trois heures. Les dernières traces d'obnubilation furent éliminés par des électro-chocs.

Hémorragie méningée après électrochocs,
par MM. E. Dumont, P. Callewaert, L. Massion-Verniory.

Observation d'une malade de 56 ans, cyclothymique, sans antécédents vasculaires ou hémorragiques, ayant fait, huit jours après un deuxième électro-choc, une hémorragie méningée. Les auteurs discutent les relations entre cette hémorragie et l'électro-choc. J. Ley.

Société belge de neurologie

Séance du 25 mai 1946

Présidence : M. L. CHRISTOPHE, président

La phosphorachie : ses variations et sa signification,
par M. A. Lafontaine (de Paris).

Le phosphore se retrouve dans le liquide céphalo-rachidien sous forme de phosphates inorganiques (environ 1,30 mg. 0/0) et de phosphore inorganique (environ 3,2 mg. 0/0) dont une partie sous forme de phosphatides. La phosphorachie inorganique correspond à peu près au tiers de la phosphatémie, mais n'en subit pas les variations ni l'influence de la vitamine D ou de la parathormone. Il n'y a pas de relation déterminée avec la calcirachie et la calcémie, mais la phosphorachie inorganique varie avec la phosphorachie organique. La phosphorachie s'élève fortement dans les méningites, surtout les méningites tuberculeuses, la sclérose en plaques, les traumatismes et les hémorragies du cerveau, tandis qu'elle s'abaisse plutôt dans l'encéphalite et les tumeurs cérébrales. Les variations de la phosphorachie semblent plutôt dues à un trouble local de la sécrétion et de la résorption qu'à des troubles du métabolisme général du phosphore.

Les phospholipides humoraux dans certaines affections nerveuses,
par M. A. Lafontaine (de Paris).

Il existe dans le sang environ 180 mg. 0/0 de phosphatides dont les deux tiers de lécithines : les globules en contiennent relativement un peu plus que le sérum et le plasma. Ce taux subit fortement les influences alimentaires. On observe une augmentation nette de la phosphatidémie dans la sclérose en plaques, surtout au cours des poussées évolutives, dans la sclérose latérale amyotrophique et dans l'encéphalite ; les valeurs sont normales dans le Parkinson, contusion cérébrale, hémorragie cérébrale, épilepsie, tumeurs cérébrales, syphilis nerveuse, méningite et syringomyélie.

Il existe dans le liquide céphalo-rachidien normal des traces de phosphatides que l'on peut détecter chimiquement ou physiquement : les taux s'élèvent nettement dans la sclérose en plaques, la sclérose latérale amyotrophique et la méningite.

Dans le tissu cérébral, l'auteur a trouvé un peu moins de 30 0/0 de phosphatides, dont 6 à 7 0/0 de lécithine : les mêmes taux se retrouvent dans un cerveau méningitique, un cerveau encéphalitique et les cerveaux tumoraux. La teneur en phosphatides des méningiomes est faible contrairement à celle des astrocytomes et de glioblastomes.

Essai mathématique sur les composantes du mouvement musculaire, par M. L. Ectors (de Bruxelles).

Pour construire mathématiquement le tracé d'un mouvement d'allongement et de raccourcissement d'un corps quelconque et d'un muscle en particulier, superposable au tracé du mouvement physiologique, il est nécessaire de recourir à trois forces distinctes : 1° une force dynamique appliquée au cours des mouvements, proportionnelle à la vitesse de ceux-ci ; 2° une force statique appliquée pour maintenir le corps immobile à une longueur déterminée, proportionnelle à cette dernière ; 3° une force frénatrice appliquée pendant un minimum de temps aux changements de phases, c'est-à-dire en passant de l'état d'immobilité à l'état de mouvement, et inversement proportionnelle à la force statique ou dynamique entretenant l'état d'immobilité ou de mouvement qui vient d'être suspendu.

Lorsque la courbe théorique et mathématique du mouvement est dressée en faisant usage exclusivement des forces statique et dynamique et en n'appliquant pas la force frénatrice, les mouvements de raccourcissement et d'allongement se prolongent après arrêt de la force qui les fait naître, c'est-à-dire sont hypermétriques, et l'immobilité statique correspond à un raccourcissement ou à un allongement exagéré, c'est-à-dire qu'elle est selon le cas hypertonique ou hypotonique. La force frénatrice a par conséquent pour effet de neutraliser la force d'inertie des corps et des muscles en particulier, immobiles ou en mouvement. Les deux courbes théoriques du mouvement, obtenues respectivement en faisant intervenir d'une part des forces statiques et dynamiques, d'autre part des forces statiques, dynamiques et frénatrices, sont superposables aux deux courbes obtenues par Gordon-Holmes chez un malade atteint d'une lésion unilatérale du cervelet en comparant le mouvement du côté malade au mouvement du côté sain.

M. Ectors tire de ces diverses constatations un argument de plus en faveur de la conception de la fonction du cervelet qu'il a publiée en 1942. Le cervelet freine l'inertie des muscles en mouvement et en immobilité tonique. Une fonction unique rend compte de la structure homogène et uniforme du cortex cérébelleux. Les localisations cérébelleuses correspondent à des actions frénatrices s'exerçant au cours de réactions motrices respectivement corticales pour le néo-cervelet, vestibulaires pour l'archi-cervelet, médullaires pour le paléo-cervelet. L'étude mathématique permet d'affirmer que la force frénatrice cérébelleuse est appliquée au moment des changements de phase, est indépendante de la longueur des muscles et est inversement proportionnelle à la force statique ou dynamique qui a entretenu l'état de mouvement ou d'immobilité qui se termine. Ceci rend compte de la raison d'être des connexions cérébelleuses, les diverses régions du cervelet sont greffées respectivement par des voies afférentes et efférentes sur les centres moteurs corticaux, vestibulaires et médullaires générateurs des mouvements et non directement sur les muscles eux-mêmes.

Considération sur la radiothérapie des gliomes intracraniens, par MM. A. Derbymaeker et J. van Hee (de Louvain).

Le traitement chirurgical des gliomes intracraniens est le plus souvent insuffisant à amener une guérison. Il est logique d'y associer une thérapeu-

tique médicale antitumorale. La seule qui soit actuellement utilisée est la radiothérapie. Pour se faire une idée objective de son efficacité, il est utile de comparer les résultats cliniques obtenus dans différents centres neurochirurgicaux. Le matériel clinique étudié provient du service de neurochirurgie de l'Université de Louvain. Les cas sévèrement contrôlés au point de vue histologique et dont les suites éloignées sont connues avec précision ont seuls été retenus. Comme critères cliniques, il paraît sage de ne garder que la durée de la survie, les modifications de l'allure clinique de chaque cas pouvant dépendre de trop de causes. Pour 20 glioblastomes irradiés, les survies moyennes sont de 12 mois. Pour 4 astrocytomes, elles sont également de 12 mois ; pour 2 astrocytomes du cervelet, de 15 mois ; et pour 1 médulloblastome du cervelet, de plus de 47 mois. La conclusion de cette statistique est que seul le médulloblastome est sensible aux rayons X. Les autres gliomes paraissent ne pas y obéir. L'auteur envisage successivement l'action des rayons X sur les gliomes et sur le tissu cérébral sain, les dangers éventuels de cette thérapeutique et la meilleure technique radiothérapique.

J. Ley.

Société suisse de psychiatrie

Séances des 25 et 26 mai 1946 (Lugano et Mendrisio)

Présidence : M. le Professeur MÜLLER, président

Résumé des communications

Les états dits psychopathiques constitutionnels,
par M. Frédéric Humbert (de Bellelay).

Ce qu'il y a de véritablement constitutionnel dans les syndromes étudiés n'a droit à aucune existence autonome. A la lueur des connaissances acquises depuis le début du siècle, de nombreux syndromes peuvent aujourd'hui rejoindre, sans artifice, les grandes catégories nosologiques existant en psychiatrie (ce sont leurs formes latentes, frustes, atténuées ou parentes) et les oligophrénies doivent rester cantonnées dans leur propre district, quelles que soient les déviations affectives qui les accompagnent. D'autre part, certains syndromes peuvent rejoindre, en médecine interne,

les catégories des troubles hormonaux, neuro-végétatifs, endo-toxiques, neuro-bacillaires, etc... Ce qui reste après cette élimination n'a rien de fondamentalement constitutionnel. Les predispositions, fragilités, sensibilités qu'on croyait reconnaître à ces états, sont des variations individuelles très communes, qui acquièrent des symptômes lorsqu'elles sont sensibilisées par des constellations psychologiques, comprenant celle du milieu. Ce sont donc par définition des états acquis, à savoir des névroses infantiles de caractère, débutant si tôt que leurs troubles et surtout leurs séquelles, ont longtemps paru devoir être héréditaires ou constitutionnels, jusqu'à ce que les travaux des psychiatres de l'enfance (Repond) aient permis de reconnaître cette erreur.

Le symptôme lui-même signifie très rarement quelque chose d'unique. Un seul et même symptôme peut être produit par des causes très diverses, tantôt psychiques, tantôt physiques. Il faut abolir toutes les nomenclatures symptomatologiques. Les syndromes doivent être classés selon leur origine et si possible selon leur nature et leur cause. En cas de doute, on pourrait essayer d'appliquer la méthode synoptique, proposée à l'insu les uns des autres par Meili d'abord, puis par Leconte et Marty. L'abandon de la symptomatologie correspond à la logique et peut se rattacher à de grandes et anciennes traditions psychiatriques.

Ce qui reste de la psychopathie constitutionnelle,

par M. A. Repond (de Malévoz-Monthey).

Sous le nom de psychopathie constitutionnelle, on rassemble des états caractériels anormaux d'étiologie, de symptomatologie, de cours très différents et qui devraient être séparés les uns des autres et dont on peut démontrer qu'ils sont souvent des formes frustes, abortives ou larvées, de psychoses schizophréniques, cyclothymiques ou épileptiques.

Les troubles caractériels dits psychopathiques s'établissent sur un terrain qui est loin d'être toujours nécessairement et spécifiquement prédisposé, mais qui présente certains traits de vulnérabilité, de résistance moins forte que la moyenne, terrain que l'on pourrait appeler psychallergique, souvent parallèle à une moindre résistance physique et biologique générale.

La psychanayse des psychopathes adultes montre que leurs troubles caractériels, de même que leurs anomalies psychiques, sont le résultat de réactions psychologiques élémentaires, précocement faussées par une éducation première erronée ou simplement insuffisante.

Les traitements psychothérapiques entrepris dès l'enfance et jusque vers la puberté évoluent en général avec une facilité incomparablement plus grande que s'ils sont appliqués tardivement. Les troubles caractériels qui ne sont pas soignés peuvent évoluer vers le tableau que nous connaissons sous le nom de psychopathie. Le problème de la prévention des troubles dits psychopathiques est donc avant tout un problème d'hygiène mentale et de psychiatrie infantile.

Les troubles caractériels et psychiques dits psychopathiques montrent fréquemment la tendance à s'atténuer et à disparaître même, spontanément, aux approches ou dans la période de maturité. Cela paraît dû à un vieillissement, en tout cas à une atténuation précoce de la vitalité instinctive et pulsionnelle, mais aussi parfois à l'amélioration ou à la simplification des

conditions du milieu, à la satisfaction de besoins affectifs et instinctifs.

En résumé, les troubles psychiques et caractériels, rassemblés sous le nom et dans le cadre de la psychopathie constitutionnelle, ne constituent pas une entité nosologique. Si l'on en sort, comme il serait logique de le faire, les troubles prépsychotiques et psychotiques frustes ou larvés, il reste que la psychopathie dite constitutionnelle est formée de troubles caractériels infantiles ou de névroses qui, soignés à temps, auraient pu guérir.

Essai de synthèse analytico-structurelle de la personnalité psychopathique, par M. W. Moos (de Zurich).

L'auteur rappelle que Kahn s'était efforcé de saisir la personnalité psychopathique dans les éléments somatiques, dans les instincts, dans son tempérament, l'orientation de son entité vers tels ou tels buts. Il invoque les prédispositions, l'évolution individuelle et a souligné l'importance des crises du développement. Il a ainsi envisagé la personnalité du point de vue de la finalité. Les états dits psychopathiques s'expliqueraient par des déviations primaires profondes de l'être, déviations qui engendrent l'égocentrisme, qui entraînent à leur tour des efforts de compensation.

Kahn est ainsi arrivé à définir « la personnalité psychopathique » comme une individualité discordante qui se distingue par des déviations quantitatives dans les instintcs, le tempérament, les éléments du caractère et dont l'activité personnelle accuse des déviations quantitatives dans l'évolution de son propre moi et dans celui des autres. La définition de Kahn peut être admise sous certains bénéfices, car la plupart des tentatives de classification typologique prêtent à critique ; tout individu constitue un cas particulier.

Toutefois l'auteur, d'accord avec M. Repond, reconnaît l'importance du traitement précoce des névroses infantiles et des conflits pathogènes des enfants empêchant la fixation des états dits « psychopathiques ».

Amaurose fonctionnelle après coma barbiturique, par M. André Favre (de Genève).

A la suite de conflits affectifs, une femme mariée, de 43 ans, devient aveugle en sortant d'un coma barbiturique dû à l'absorption massive de gardénal. Des séances de suggestion lui permettent de retrouver brusquement après chaque séance une des couleurs du spectre par relâchement probable d'inhibitions sur l'origine desquelles plusieurs hypothèses peuvent être envisagées. L'émotion, des conflits affectifs intenses, l'intoxication barbiturique, semblent s'être unis pour créer une amaurose correspondant au type hystérique. La réapparition brusque de la vision des couleurs sous hypnose légère, démontrée au scotomètre avant et après chaque séance, semble en faveur de phénomènes d'inhibition réversibles par psychothérapie, selon la doctrine de Babinski sur les troubles pithiatiques. Ces troubles ont pu se développer grâce à un terrain constitutionnel particulier, et grâce au retentissement probable de l'intoxication barbiturique sur le diencéphale.

Les psychopathes dans les établissements d'éducation par le travail,
par M. Ch. Strasser (de Zurich).

Les états pathologiques graves dont la souffrance subjective et objective constitue l'un des critères sont communément groupés sous le diagnostic courant de psychonévroses et de schizophrénies, avec le syndrome dynamique de la manie dépressive ou avec le syndrome faussement systématisé de la paranoïa. Les troubles de l'appareil organique, les particularités constitutionnelles de l'individu confèrent leur tonalité psycho-physique particulière à ces états pathologiques. On se trouve souvent en présence de cas difficiles à classer en raison de leur caractère confus et c'est à tort qu'on les désigne alors comme des psychopathies, dénomination tout aussi inadéquate que le serait par exemple celle d'organopathie. Il n'existe pas de psychopathe *sui generis*. L'individu aux impulsions incontrôlables constitue une catégorie à part et il diffère du « psychopathe » par sa totale incapacité subjective ou objective de souffrir.

Les malades qualifiés de psychopathes sont fort nombreux parmi les pensionnaires des établissements d'éducation par le travail. Dans une éducation collective dirigée avec intelligence, on obtient des résultats admirables en groupant les jeunes gens de façon à former un ensemble plus ou moins homogène. L'éducation collective se révèle plus difficile avec les pensionnaires âgés et qui, non seulement font de l'opposition au personnel dirigeant et aux collaborateurs médicaux, mais peuvent même devenir un danger pour ceux-ci en raison de leur caractère querelleur. Toutefois, on peut arriver à des résultats et les malades atteints de troubles typiques bénéficient largement d'une coéducation libre, basée sur la confiance dans les éducateurs et la confiance en eux-mêmes.

ANALYSES

LIVRES, THESES, BROCHURES

PSYCHO-PHYSIOLOGIE

Eléments de psycho-physiologie, par Henri ROGER, Professeur honoraire de Physiologie à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine (un volume de 428 pages, Masson et Cie édit., Paris 1945).

Depuis une soixantaine d'années, une évolution s'est produite qui a transformé la psychologie, l'a fait rentrer dans le cadre de la biologie et l'a élevée à la hauteur d'une science expérimentale. Développant l'idée émise par Claude Bernard, dès 1869, quelques savants ont fini par considérer la psychologie comme un chapitre de la physiologie, mais un chapitre d'une importance capitale. C'est dans cet esprit tout à fait nouveau qu'est conçu le livre du professeur H. Roger.

L'ouvrage se divise en cinq parties. Après un historique fort complet, l'auteur décrit les méthodes et les moyens d'étude de la psycho-physiologie, puis donne des renseignements sur les connaissances scientifiques indispensables pour comprendre les descriptions qui vont suivre. Il aborde alors l'étude des actes instinctifs et des actes intellectuels, dont la description fort détaillée remplit les deuxième et troisième parties. Se maintenant constamment sur le terrain solide des faits concrets, il arrive à cette conclusion que la distinction entre l'instinct et l'intelligence est tout à fait arbitraire et doit être définitivement abandonnée. Ces deux ordres de manifestation psychique, fort différents en apparence, ont une origine commune, une réaction à des excitations extérieures, une manifestation de l'irritabilité du protoplasma. C'est ce qui résulte de l'exposé des faits, qui fait assister à l'évolution des manifestations réactionnelles depuis les êtres les plus inférieurs, prototypes, protozoaires, végétaux, jusqu'aux êtres les plus élevés sur l'échelle zoologique. Il suffit d'ailleurs d'étudier l'évolution phylogénétique des vertébrés pour voir les manifestations réactionnelles, primitivement diencéphaliques, c'est-à-dire instinctives, monter peu à peu vers le cortex et se transformer ainsi en manifestations intellectuelles.

Il faut donc conclure que celles-ci dérivent, au moins pour une part, de celles-là. Voilà comment on peut admettre qu'une évolution a conduit : de l'instinct alimentaire à l'art culinaire et à la science de l'alimentation ; de l'instinct de défense à l'art et à la science de la guerre ; de l'instinct génésique aux conceptions idéalistes de l'amour ; de l'instinct grégaire aux organisations sociales et à la famille humaine ; de l'instinct migrateur aux voyages, aux conquêtes et aux colonisations ; de l'instinct du jeu, qui n'est primitivement qu'un simple plaisir musculaire, aux sports et aux jeux intellectuels.

Après avoir indiqué les autres origines des actes intellectuels, l'auteur aborde l'étude de leur mécanisme, ce qui le conduit à exposer la physiologie du cerveau, des glandes et des organes qui lui sont annexés et collaborent avec lui.

La quatrième partie est consacrée à la psycho-physiologie des sentiments, dont trois sont primitifs ou fondamentaux : la peur, la colère, l'amour. Les autres en dérivent.

La cinquième et dernière partie constitue un exposé synthétique des fonctions psycho-physiologiques. Elle débute par un chapitre d'actualité : ce qu'il faut conserver en biologie de l'ancien déterminisme. Dans ce chapitre, est abordée la délicate question de la liberté et de la responsabilité morale.

Viennent ensuite des chapitres sur l'hérédité, les manifestations psycho-physiologiques périodiques, ce qui conduit à l'étude du sommeil et du rêve. Le dernier chapitre consacré à la conscience renferme une étude approfondie du travail psychique inconscient, qui semble tenir une place immense dans la production intellectuelle.

L. R.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

La réadaptation psychologique du tuberculeux, par Maurice Porot (d'Alger). *Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène*, fasc. 4/5, 1946).

Examinant les conditions de la réadaptation sociale des tuberculeux à leur sortie du sanatorium, M. Maurice Porot montre qu'il ne faut pas confondre la rééducation professionnelle du tuberculeux, dont le besoin se fait en réalité rarement sentir, et sa réadaptation aux conditions de vie habituelles, problème avant tout d'ordre psychologique. Trois exemples fort bien choisis, extraits de lettres d'anciens malades guéris, de milieux différents, montrent la difficulté, essentiellement psychologique, qu'éprouvent les malades à se réadapter. Cette « crise de réadaptation » est, au fond, une réaction anxieuse, peur irraisonnée de la vie, d'une telle intensité

parfois qu'il serait imprudent de la méconnaître. Si les obligations matérielles imposées par la vie en sont le plus souvent la meilleure thérapeutique, trois conditions doivent être réalisées pour assurer une bonne réadaptation : véritable « orthopédie morale » (Rollier) au sanatorium avec travail adapté aux possibilités du malade, conditions favorables du milieu familial et social assurées dès la sortie du sanatorium, désir de guérir du malade. Seule une collaboration entre phtisiologues et psychiatres peut assurer le succès dans les cas où le sujet considère sa maladie comme un refuge contre la vie refusée, et s'attarde dans les soins et les attentions dont il est entouré.

Très intéressant travail qui fait souhaiter que l'auteur, particulièrement documenté et compétent, poursuive cette étude de la psychologie et de la psychopathologie des tuberculeux.

René CHARPENTIER.

L'encéphalographie gazeuse dans la paralysie générale, sa valeur pronostique, par Jean DELAY, P. NEVEU et P.-L. DESCLAUX (*Revue neurologique*, juillet-août 1945).

L'encéphalographie gazeuse permettant de déceler et de préciser des atrophies cérébrales circonscrites ou généralisées, il était intéressant de mettre en évidence au cours de la paralysie générale les zones importantes d'atrophie cérébrale depuis longtemps signalées lors des examens post-moteurs, de vérifier aussi si, par ce procédé, il serait possible d'apprécier l'intensité des lésions et leur stade évolutif ? Après examen de 33 cas, MM. J. Delay, Neveu et Desclaux, répondent affirmativement à ces questions, ajoutant que, dans une certaine mesure, on peut aussi suivre et contrôler ainsi l'action de la thérapeutique spécifique.

En permettant de préciser la topographie des lésions, l'encéphalographie gazeuse confirme qu'elles prédominent dans la région frontale, ce qui, pourrait être l'origine des troubles de la mémoire, de l'euphorie, de l'état de jovialité, symptômes si fréquents chez ces malades et observés également dans les cas de tumeurs cérébrales localisées dans les lobes frontaux.

René CHARPENTIER.

Humeur et diencéphale, par Jean DELAY, de Paris (*La Presse médicale*, 19 janvier 1946).

Faits cliniques, données expérimentales, résultats de la neuro-chirurgie et de l'encéphalographie gazeuse, thérapeutiques biologiques, concordent pour montrer que le diencéphale représente un carrefour neuro-endocrinien dont le rôle est important dans la régulation des fonctions psychiques et, en particulier, de l'humeur. Le diencéphale, qui apporte au cortex les incitations neuro-végétatives, humorales et hormonales, joue vis-à-vis de lui un rôle d'animateur, le cortex ayant un rôle freinateur. L'équilibre de l'humeur est un équilibre de pulsions et d'inhibitions et ses dérèglements traduisent ou leurs excès ou leurs défauts.

R. C.

NEUROLOGIE

A propos de quelques nouveaux réflexes, en particulier du réflexe de l'éminence du gros orteil, par M. Tramer (de Soleure). Exposé fait à Soleure le 2 décembre 1944, à l'occasion de la 56e Assemblée de la Société suisse de neurologie à Soleure (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie* vol. LV, fasc. 2, 1945).

Lorsqu'on frappe avec le marteau à réflexe sur l'extrémité du gros orteil, on constate une flexion dorsale, rapide et unique, du pied, provoquée par une contraction du tibia antérieur. Dans certains cas, la zone réflexogène s'étend à toute la plante du pied. S'appuyant sur ses propres expériences et celles de ses collaborateurs, l'auteur voit dans ce réflexe un élément quasi absolument sûr — observable après deux ou trois jours — de diagnostic du delirium tremens et de poser un diagnostic différentiel dans les cas cliniques douteux de delirium.

L'examen de garçons a montré qu'une extension marquée de la zone réflexogène du réflexe crémastérien est en étroite corrélation avec la pratique de l'onanisme.

Autre phénomène intéressant observé chez des garçons de 7-18 ans : lorsque, un bras tombant librement, ils étendaient l'autre le plus possible en pressant fortement sur le dynamomètre, on observait que le testicule homolatéral (ou les deux) se soulevait ; le mécanisme de cette syncinésie chirocrémastérienne n'est point élucidé. L'auteur y verrait la persistance d'un état ontogénique de certaines particularités fonctionnelles qui restent à expliquer. H. Bersot.

Des tumeurs subforaminales, par L. Benedek, A. Bonkalo et T. Verebély, de Budapest (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. LV, fasc. 2, 1945).

Ces tumeurs rares, partant peu connues, sont souvent désignées sous des termes divers : myélite, sclérose en plaques notamment. L'incertitude du diagnostic ne permet pas un traitement approprié de sorte que troubles moteurs et atrophies musculaires continuent à se développer.

Après avoir précisé que ces tumeurs subforaminales ont leur siège dans les quatre segments cervicaux supérieurs, les auteurs exposent l'intervention chirurgicale qu'ils ont pratiquée sur trois malades et les résultats favorables obtenus. La faculté de mouvoir bras et jambes a été rétablie, sinon complètement, du moins dans une appréciable mesure. H. Bersot.

Paraplégie d'origine scoliotique. Intervention. Énorme amélioration, par H. Roger et J.-E. Paillas (Comité Médical des Bouches-du-Rhône, séance du 2 février 1945, *Marseille-Médical*, 82e année, nos 8-9, 15 août-1er septembre 1945).

Les paraplégies des scoliotiques sont exceptionnelles. La laminectomie simple n'a amené aucune modification favorable de ce cas grave et il a fallu ouvrir le sac dural dans une deuxième intervention pour obtenir une amélioration considérable de l'état. J. Alliez.

ASSISTANCE

La collaboration du psychiatre dans le traitement et la surveillance des alcooliques, par H. Bersot (Le Landeron). Exposé fait à l'Assemblée de la Société suisse de psychiatrie à Liestal le 4 juin 1944 (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. LV, fasc. 2, 1945).

L'entrée en vigueur en 1943 du code pénal suisse oblige les cantons à examiner si leur législation relative au traitement et à la surveillance des alcooliques correspond aux exigences du dit Code. L'alcoolisme étant une toxicomanie, cette question intéresse aussi les psychiatres, qui doivent poursuivre leurs efforts pour améliorer le sort des alcooliques.

Il faut : 1° introduire des *lois* relatives au traitement et à la surveillance des alcooliques dans les cantons qui n'en ont pas encore et réviser celles qui sont insuffisantes ; 2° en ce qui concerne les *établissements pour buveurs :* y faire admettre les buveurs aussitôt que possible, donc à un âge où ils sont encore guérissables, leur séjour étant d'au moins un an ; spécialisation plus rationnelle de ces établissements et répartition également plus rationnelle des alcooliques dans les diverses catégories d'établissements ; en fonder de nouveaux (environ 1.000 places seraient nécessaires pour l'ensemble de la Suisse) ; collaboration plus étroite entre ces établissements et les psychiatres, ceux-ci devant autant que possible donner l'exemple personnel de l'abstinence ; 3° augmenter le nombre des *dispensaires antialcooliques* afin qu'il y en ait dans chaque canton et qu'ils puissent étendre leur activité à toute la population (et non seulement au quart, comme c'est le cas actuellement), l'activité de ces dispensaires devant être élevée au rang d'activité principale ; établir une plus étroite collaboration entre leurs directeurs et les psychiatres ; 4° quant au *personnel des établissements pour buveurs et des dispensaires,* il faudrait une minutieuse formation professionnelle dans le domaine social avec la collaboration de psychiatres (un stage pratique de plusieurs mois dans un établissement psychiatrique serait désirable) ; une meilleure formation des jeunes psychiatres, qui devraient s'intéresser à l'activité des maisons de cure pour buveurs ; établir un contact plus étroit entre la Société suisse de psychiatrie et l'Association des directeurs des dispensaires anti-alcooliques ; 5° création d'une *commission fédérale contre l'alcoolisme* aux travaux de laquelle devraient aussi participer la Société suisse de psychiatrie et si possible la Fédération des médecins suisses.

H. Bersot.

THÉRAPEUTIQUE

Une théorie épileptique et le traitement convulsif de la schizophrénie, par R.-C. Albino (*The british journal of Medical Psychology*, vol. XX, 1945, p. 261).

Si on en excepte la phase convulsive, l'accès épileptique est caractérisé par des alternatives d'inhibition et d'activité concernant des zones éparses dans tout le cerveau. Les convulsions par leur phase tonique rappellent la rigidité décérébrée et les symptômes des diverses lésions subcorticales.

Les constatations électroencéphalographiques laissent supposer que la crise débute par une désorganisation dans le rythme cortical sous forme de foyers d'ondes delta. La désorganisation s'étend à des étages situés plus bas, puis à tout le cerveau ; ce dernier est alors inhibé. La disparition de l'inhibition commence par les centres les plus hauts pour se propager aux autres régions cérébrales et l'état cérébral redevient normal. L'auteur montre ensuite les similitudes entre les sympômes schizophréniques et les symptômes épileptiques post-paroxystiques ; les premiers sont permanents, les seconds intermittents. Ce serait leur seule différence. Chez les schizophrènes, la thérapeutique convulsive produit une profonde désorganisation du cerveau, détruit le fond mental schizoïde et le remplace par la dysrythmie épileptique. De schizophrène, le sujet devient un épileptique. Peu à peu le cerveau reprend un fonctionnement normal et l'état schizophrénique disparaît.

L. M.

Note sur le traitement des syndromes basedowiens par la thiourée par Guy Laroche, Desbordes et Goury-Laffont (*Société d'endocrinologie*, séance du 23 novembre 1944).

Les auteurs ont traité 5 basedowiens par la thiourée et confirment dans l'ensemble les faits rapportés par M. May et ses collaborateurs. Sur les 5 cas, 4 ont été extrêmement améliorés. Mais ils attirent l'attention sur certains phénomènes d'intolérance : nausées, vomissements (1 cas), urticaire (2 cas), érythème et purpura (1 cas).

Ils concluent que la thérapeutique de la maladie de Basedow par la thiourée est extrêmement intéressante, mais qu'elle doit être très soigneusement étudiée avant qu'on en puisse préciser la posologie, les modalités d'application, son avenir lointain et le mécanisme de son action.

R. C.

Un antithyroïdien nouveau : l'aminothiazol (2.921 R. P.). Résultats cliniques. Considérations histophysiologiques, par M. Perrault et D. Bovet (*Société médicale des hôpitaux*, séance du 4 mai 1945).

Une quarantaine d'observations ont montré que l'aminothiazol se présente dans la maladie de Basedow comme un antithyroïdien à la fois efficace et particulièrement bien toléré. L'étude anatomo-pathologique des animaux traités fait apparaître des lésions caractéristiques, précoces et durables, de la glande thyroïde, et une réaction hyperplasique secondaire discrète d'origine hypophysaire.

R. C.

L'emploi du verre « plexiglas » pour la réparation des grandes pertes de substance du crâne, par le Dr A. Lehner, de Lucerne (*Société suisse de chirurgie, Bâle*, réunion des 7-8 juillet 1945).

Dans le stérilisateur à sec, à 160 degrés, le verre « plexiglas » peut être moulé dans la forme désirée. Pour couvrir les pertes de substance de la boîte cranienne, on fait d'abord un moulage en plâtre du crâne. On met ensuite le « plexiglas » entre une forme négative et une forme positive. On met des poids sur la forme supérieure. A l'aide d'une scie et d'une lime, on peut pendant l'opération découper le verre « plexiglas » de façon

à ce qu'il puisse s'adapter à la perte de substance. On peut alors le mettre en place séance tenante. On fait une série de petits trous, qui sont peu à peu remplis de tissu conjonctif, ce qui assure la fixation du verre. La formation de sérosité dure très peu de temps et la tolérance serait très bonne.
R. C.

A propos du traitement des paralysies dans la maladie de Heine-Medin, par Hubert Martin (Travail de la Clinique infantile universitaire de Zurich). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, volume LIII, fasc. 2, 1944).

Exposé de ce qui a été fait dans la Clinique infantile du professeur Franconi, à Zurich, à la suite de l'épidémie de 1941-1942, pour lutter, par un traitement orthopédique précoce, contre les séquelles de poliomyélite. L'auteur insiste, après les spécialistes américains, sur l'importance de l'état psychique de la volonté de guérir, sur la nécessité d'éviter une immobilisation prolongée et l'état psychologique inconscient qu'elle entraîne. Il faut aussi accélérer autant que possible la reprise des fonctions musculaires et s'opposer aux contractures qui entraînent souvent des difformités plus considérables que les paralysies elles-mêmes.

Donner aux malades dans leur lit la position qu'ils auraient debout, prévenir les contractures par des attelles plâtrées ou des sacs de sable, donner des bains chauds (37°) quotidiens. Pendant la période préparalytique, la méthode Kenny (application sur les régions douloureuses de morceaux de laine trempés dans de l'eau bouillante et essorés, renouvelés toutes les deux heures) raccourcirait la période douloureuse. Après bains et léger massage, dès la 3e semaine, fut commencé le traitement effectif des paralysies (mouvements actifs dans le bain, puis exercices de pendule ou de balancement, de mobilisation passive ou active et, dès que possible, exercices de marche. Régie par un automatisme indépendant de la volonté, la marche sera l'exercice de choix (chariot d'Eulenburg). Pour éviter la monotonie, l'auteur s'est efforcé de stimuler les mouvements par des jeux (tricycle, ballon, etc.).

Il insiste sur l'importance de la balnéothérapie (massage et gymnastique sous l'eau) associée à l'héliothérapie et aux irradiations par ultra-violets. A la station thermale de Ragaz ont été obtenus ainsi des résultats très encourageants.
René Charpentier.

Action remarquable de la radiothérapie sur une tumeur de la région hypophysaire, par L. Rimbaud, P. Lamarque, H. Serre, A. Vedel et H. Souchon (*Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 12 mai 1944. *Montpellier médical*, juillet-août 1944).

A propos de l'efficacité manifeste de la radiothérapie d'une tumeur suprasellaire chez un homme de 57 ans, dans un cas de syndrome chiasmatique pur sans signes de participation hypophysaire, les auteurs s'élèvent contre le fait que les résultats de plus en plus satisfaisants de la neuro-chirurgie des tumeurs cérébrales aient pour conséquence la tendance à limiter au seul temps post-opératoire les indications de la radiothérapie. Règle qui leur paraît trop exclusive, les rayons X correctement appliqués pouvant amener à eux seuls des améliorations considérables allant, dans certains cas, jusqu'à la guérison clinique.
R. C.

Les effets du propionate de testostérone dans l'impuissance, par H. Carmidrael, W. Noonan et A. Kenyon (*The American Journal of Psychiatry*, janvier 1941, p. 919).

Chez quelques-uns des 18 sujets traités, les facteurs psychiques et émotionnels jouaient un grand rôle dans la production de l'impuissance. Bons effets chez sept sujets ; aucun résultat chez les onze autres. Les succès sont dûs à des influences psychiques, puisque la puissance sexuelle persistait quand l'huile de sésame était substituée au propionate de testostérone.

L. M.

Contribution à l'étude d'une thérapeutique substitutive dans les cas de castration, par G. Daniels et E. Tauber (*The American Journal of Psychiatry*, janvier 1941, p. 905).

La psychothérapie seule peut arriver à compenser la déficience sexuelle. Chez les castrés, les injections intramusculaires de testostérone peuvent augmenter l'activité sexuelle. Le traitement a comme heureux résultats l'amélioration du psychisme post-opératoire et des rapports familiaux et sociaux. La thérapeutique de substitution entraîne la production de rêves, qui servent de contrôle au traitement et qui suggèrent une nouvelle contribution à l'étude du symbolisme dans les rêves.

L. M.

Acrodynie grave avec manifestations encéphalitiques. Suppression des algies et du prurit après administration d'un anti-histaminique de synthèse (2339 RP), par Sohier et J. Grégoire (*Société médicale des hôpitaux de Lyon*, séance du 1er février 1944).

Observation d'une forme sévère d'acrodynie accompagnée de manifestations encéphalitiques avec crises convulsives et coma. Le traitement par le 2339 RP a fait disparaître rapidement et à plusieurs reprises les douleurs et le prurit. Il paraît s'agir d'un traitement symptomatique, mais il y aurait intérêt à essayer dans d'autres cas cette nouvelle médication, dont le mode d'action peut s'expliquer par les rapports existant entre l'histamino-genèse et le système neuro-végétatif, certainement atteint dans l'acrodynie.

R. C.

PSYCHIATRIE MÉDICO-LÉGALE

Rapport de la commission chargée d'étudier la revision de la loi belge de défense sociale (du 9 avril 1930) à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude. — Rapport sur la révision des dispositions relatives aux déments et aux anormaux, par Louis Braffort et Léon Cornil (*Revue de droit pénal et de criminologie et Archives internationales de médecine légale*. Bruxelles, avril-mai 1940, 72 pages, in

Ce numéro, qui vient seulement de paraître, était sous presse le 10 mai 1940 lorsque survint l'invasion. Il contient non seulement le rapport de la commission de révision, mais le texte d'un nouveau « *projet de loi de défense sociale à l'égard des anormaux et des aliénés* ». Cet avant-projet, qui com-

prend 82 articles, prévoit non plus le même régime, mais deux régimes absolument distincts pour les « déments » et pour les « anormaux ». Il organise, pour l'examen mental, l'expertise dite « contradictoire », qui n'existe pas encore en Belgique en matière répressive.

Car si la loi belge de défense sociale fut et reste un immense progrès, elle a cependant suscité, en Belgique, dès sa mise en application, des critiques, tant de la part des juristes que de la part de l'opinion publique. D'où la nomination d'une commission de révision placée sous la présidence de M. l'Avocat Général Léon Cornil, professeur de droit pénal à l'Université de Bruxelles.

Le principe même de la nécessité d'organiser pour les « anormaux » un régime spécial n'est pas remis en question, non plus que la nécessité de ne rendre à la vie libre qu'avec des précautions spéciales les délinquants « déments ». Mais, le législateur de 1930 a décidé que, au regard du droit pénal, les anormaux « partiellement responsables à responsabilité fortement atténuée seraient tenus pour complètement irresponsables » (page 217). Et, dit le rapport, « il est faux de s'imaginer qu'il suffit d'appliquer un régime curatif scientifiquement organisé, un régime thérapeutique, à tous les délinquants anormaux pour mettre la société à l'abri de leur récidive ». En fait, et sans parler du manque d'unité de la jurisprudence qui résulte de certaines équivoques, l'opinion publique s'est émue de voir déclarer « incapables du contrôle de leurs actions » des délinquants jugés par elle, dans leur vie antérieure et dans les circonstances même du délit capables du contrôle de leurs actions, et cette déclaration, d'autre part, a paru une « singulière préparation à une cure d'éducation morale ». D'où le reproche adressé au législateur de 1930 d'avoir eu tort d'assimiler complètement déments, déséquilibrés et débiles, « de vouloir les traiter tous en malades et rien qu'en malades ».

Cela, tout en reconnaissant que « ce fut un progrès immense de soustraire les délinquants anormaux au système des peines ordinaires atténuées » et sans discuter « le principe d'une réforme à la fois hardie, généreuse et efficace ».

Deux groupes ont donc été établis pour chacun desquels la commission a prévu un régime légal distinct : les aliénés, les anormaux, l'aliénation mentale constituant, si elle existe au moment du fait, une cause de justification, l'anormalité n'ayant jamais ce caractère.

En cas d'aliénation mentale au moment du fait, cette cause de justification amène purement l'acquittement en cas de contravention ou de délit non punissable d'emprisonnement, mais si le fait est, soit un crime, soit un délit punissable d'emprisonnement, le non-lieu ou l'acquittement sont accompagnés d'une ordonnance de « collocation », c'est-à-dire de placement dans un établissement pour malades mentaux, ce qui, naturellement, n'a rien d'une peine mais est une « mesure curative de défense sociale ». Des dispositions sont prévues pour le cas où l'aliénation mentale survient après le fait ou après le jugement.

L'anormalité, elle, ne sera jamais une cause de justification : elle peut modifier la nature de la peine (internement dans un établissement de cure spécialement organisé), mais n'entraînera jamais sa suppression. La condamnation indiquera la durée minima et la durée maxima de la peine, durée que le juge pourra éventuellement prolonger sur avis de la « commission de défense sociale ». Pour l'internement des anormaux comme pour la collocation des aliénés, cette mesure ne peut être prise qu'en cas de crime ou

de délit punissable d'emprisonnement mais il faut, de plus, qu'il y ait « danger social résultant de l'état psycho-physique du condamné ».

La loi de 1930 organisait la mise en observation de l'inculpé, le nouveau projet propose des règles nouvelles pour l'examen mental auquel sont subordonnées les mesures de collocation ou d'internement. C'est non plus le juge d'instruction mais la chambre du conseil qui, après débat contradictoire, ordonne l'examen mental, tout en laissant au juge le droit de faire procéder s'il y a lieu à des constatations urgentes de nature à faciliter un examen mental ultérieur. Dès l'examen mental ordonné, l'inculpé doit être assisté d'un avocat. L'expertise est, sinon contradictoire, au moins « bilatérale », un des experts médecins étant désigné par le tribunal et l'autre par l'avocat, le ministère public et l'avocat pouvant d'ailleurs se mettre d'accord sur la désignation d'un expert unique. Les deux experts ont le même caractère et les mêmes prérogatives et sont tous deux commis par la justice, prêtent le même serment, sont rémunérés de la même façon ; ils déposent chacun un rapport. Des contre-expertises peuvent être ordonnées, mais dans les mêmes conditions.

En ce qui concerne la mise en observation, la commission a proposé qu'elle ait lieu d'office dans l'annexe psychiatrique en cas de détention préventive, sauf si un expert décide que l'inculpé peut être maintenu en cellule sans inconvénient ou si son état mental impose le transfert d'urgence dans un établissement pour malades mentaux : dans ce dernier cas, la détention préventive est suspendue. Si l'avocat exprime l'opinion que la place de son client n'est pas, ou n'est plus, à l'asile, le retour à l'annexe psychiatrique sera ordonné s'il n'y a pas main-levée du mandat d'arrêt. Une procédure de mise en observation à l'asile est également proposée dans des cas d'urgence et à l'égard de certains inculpés libres.

La collocation, l'internement, le nombre, la composition et les attributions des commissions de défense sociale sont l'objet de chapitres particuliers du projet de même que les mesures spéciales à prendre lorsque l'aliénation mentale survient après le fait et lorsque l'anormalité ou l'aliénation mentale surviennent après le jugement, et les dispositions de procédure.

Une commission permanente de défense sociale aura pour mission de donner son avis sur les questions d'application dont l'examen lui sera confié par le ministre de la justice, commission dont doit faire partie de droit le directeur général de l'administration pénitentiaire.

On lira avec grand intérêt le long rapport de la commission, suivi du projet de loi qu'elle propose dans le but de sauvegarder l'essentiel indiscuté de la réforme tout en apaisant certaines craintes de l'opinion publique. Ce court résumé, purement objectif, est seulement destiné à signaler à nos lecteurs, dès la publication du rapport et du projet de loi, quelques-uns des points essentiels de la réforme proposée.

René CHARPENTIER.

La délinquance juvénile, par le Dr G. HEUYER (*Archives de médecine sociale*, décembre 1945).

Dans cette conférence, faite à Zurich à la session d'études pour l'enfance victime de la guerre, M. G. Heuyer relève les aspects particuliers de la délinquance juvénile en France, particulièrement à Paris, pendant la guerre et

pendant l'occupation. Il indique les mesures récemment prises en France pour lutter contre l'accroissement de cette délinquance. Plus que des coupables, enfants et jeunes gens furent des victimes de divers facteurs d'ordre individuel, familial et social, et, en premier lieu, de la dislocation des familles, de l'absence de l'autorité paternelle, de l'arrêt de la fréquentation scolaire. M. G. Heuyer montre comment, en 1943, fut instituée la coordination du service de l'enfance déficiente et en danger moral et son action pour la prévention de la délinquance. La loi de 1912 a permis des mesures éducatives diverses indépendantes de la nature de l'acte délictueux. Une ordonnance en date du 2 février 1945 s'inspire du système belge. L'efficacité de ces innovations « dépendra de la hâte que mettront les pouvoirs publics à créer des centres d'observation et des établissements de rééducation nécessaires et à mettre en place des écoles de cadres pour former des éducateurs ». L'individualisation de la mesure à prendre doit être, conclut à juste titre M. G. Heuyer, le premier principe de la juridiction des mineurs.

René Charpentier.

Vol et diabète, par G. Heuyer et Mallet (*Annales de médecine légale*, avril-mai-juin 1945).

Les auteurs rapportent un cas de vols nettement utilitaires par une jeune fille de 30 ans atteinte de diabète grave. Bien que les vols n'aient aucun caractère pathologique, les auteurs, estimant qu'au cours des périodes d'acétonurie, la malade peut présenter une diminution du contrôle de la volonté, concluent à une responsabilité très atténuée. R. C.

Le 245 RP (pentothal Abott) dans l'exploration du psychisme inconscient. Intérêt médico-légal, par J. Delay, P. Desclaux, A. Soulairac et R. Suttel (*Annales de médecine légale*, avril-mai-juin 1945).

A propos de deux malades présentant des troubles amnésiques, les auteurs signalent l'intérêt médico-légal que pourrait présenter l'épreuve au pentothal. Chez des simulateurs, certains contenus psychiques conscients fortement dissimulés restent dissimulés, mais le sujet révèle à son insu sa volonté de dissimulation et, parfois, dévoile l'existence de faits qu'il cachait à l'état de veille. D'autre part, on peut obtenir par ce procédé l'extériorisation de complexes affectifs dissimulés ou inconscients. Les auteurs en indiquent l'emploi dans les cas de sursimulation pour dégager du syndrome mental les éléments volontairement ajoutés. R. C.

Exploration du subconscient à l'aide du pentothal, par Charles Richet, professeur à la Faculté de médecine de Paris et Henri Desoille, professeur agrégé (*Le médecin français*, 25 décembre 1945).

Au nom des médecins déportés et internés politiques de la Résistance, MM. Ch. Richet et H. Desoille font observer que l'exploration du subconscient d'un *inculpé* à l'aide de moyens pharmaceutiques type pentothal, ne saurait être utilisée, de telles méthodes d'exploration de l'inconscient ne pouvant être employées que dans des buts thérapeutiques.

R. C.

Criminalité à la suite d'abus de pervitine, par H. Binder. Etablissement psychiatrique zürichois de Rheinau (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. LV, fasc. 2, 1945).

Dans les premières années de son emploi, qui date de 1938, la pervitine bénéficiait d'un jugement général favorable. Elle était considérée comme un excellent moyen pour accroître l'activité mentale et développer l'initiative et l'ardeur au travail. Mais, en 1941, *Speer* et surtout *Staehelin* faisaient remarquer que son emploi abusif conduisait à la superficialité et à l'inexactitude de la pensée, provoquait un fléchissement de la volonté et un abaissement de la moralité.

L'auteur décrit le cas d'un psychopathe de 30 ans qui, prenant jusqu'à 30-40 tablettes de pervitine par jour, en arriva à commettre des escroqueries, pour lesquelles le tribunal le condamna à la prison, peine commuée à l'internement d'une durée indéterminée dans un asile et prononça son interdiction.

Si la pervitine ne semble pas devoir faire autant de ravages que la cocaïne, elle n'en est pas moins un danger public, d'autant plus grand que, dans certains cantons suisses, on peut se la procurer sans ordonnance médicale.

H. Bersot.

La débilité mentale au sens de l'art. 190 du Code pénal suisse, par R. Kaiser, de Münsingen, Berne (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. LV, fasc. 2, 1945).

Le code pénal suisse entré en vigueur en 1943 met de plus en plus souvent les psychiatres devant le problème de déterminer le degré de débilité mentale, dont sont atteintes des femmes qui ont été violées ou victimes d'autres attentats à la pudeur. Si l'auteur de tels actes tombe sans discussion sous le coup de l'article 190 du code pénal suisse, qui condamne les rapports sexuels avec une femme dont la débilité mentale profonde, en fait l'idiotie, ne fait pas de doute, le cas devient plus difficile à trancher quand la victime est atteinte de troubles mentaux (certaines formes d'hébéphrénie par exemple) qu'un non psychiatre n'est souvent pas en état de pouvoir constater. L'auteur expose trois cas. Dans les deux premiers, les coupables avouent avoir reconnu la déficience mentale de leur victime. Mais dans le troisième cas, l'homme se défendait jusqu'au point de nier avoir abusé de la femme.

Une juste application de l'article 190 pose diverses questions dont, à l'avenir, la pratique du barreau devra tenir compte, celles par exemple de savoir jusqu'à quel point une femme atteinte de débilité mentale se rend compte des suites morales et physiques de l'acte sexuel ? et si la débilité mentale ne provoque pas une excitation sexuelle spéciale ? Une expertise mentale des auteurs de viol ou d'attentats à la pudeur sera souvent aussi nécessaire.

H. Bersot.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La Société médico-psychologique ne tiendra au mois de JUILLET qu'une seule *séance*, exclusivement réservée à des présentations. Cette séance aura lieu le *lundi 8 juillet 1946*, à 15 heures 30 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

Conformément à l'article 3 du Règlement, la Société médico-psychologique ne tiendra pas séance pendant le mois d'août ni pendant le mois de septembre.

La *séance ordinaire* du mois d'OCTOBRE de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 28 octobre 1946*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

La *séance ordinaire* du mois de NOVEMBRE de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 25 novembre 1946*, à 15 heures 30 *très précises*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine.

L'Assemblée générale et la *séance ordinaire* du mois de DÉCEMBRE de la Société médico-psychologique auront lieu le *lundi 16 décembre 1946*, à 15 heures 30 *très précises*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nominations

A la suite d'un concours sur titres, M. le Dr LE GUILLANT, Mlle le Dr MOREL et M. le Dr BERGERON ont été nommés médecins-chefs des hôpitaux psychiatriques du département de la Seine ;

M. le Dr MANS est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Montdevergues (Vaucluse) ;

M. le Dr CÉNAC-THALY est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Naugeat, à Limoges (Haute-Vienne) ;

M. le Dr DURAND est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Saint-Venant (Pas-de-Calais) ;

M. le Dr CASSAN est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Leyme (Lot) ;

Mlle le Dr Owosianik est nommée médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire) ;

M. le Dr Sommer est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Hoerdt (Bas-Rhin) ;

M. le Dr Fouks est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Saint-Venant (Pas-de-Calais) ;

M. le Dr Follin est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique d'Armentières (Nord) ;

M. le Dr Chabe est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Saint-Venant (Pas-de-Calais) ;

M. le Dr Valdenaire est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Montredon (Hte-Loire) ;

Mlle le Dr Buisson est nommée médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Vauclaire (Dordogne).

Inauguration du pavillon Jacques Vié à l'hôpital psychiatrique de Maison-Blanche

Le 24 juin, à l'occasion de la réunion à l'hôpital psychiatrique de Maison-Blanche de la Commission de Surveillance, un vibrant hommage a été rendu à la mémoire de notre très regretté collaborateur, le Dr Jacques Vié, qui fut jusqu'à sa mort médecin-chef de service à cet hôpital.

Le pavillon des aliénées tuberculeuses auquel Jacques Vié avait consacré tant de soins s'appellera désormais de son nom et rappellera sa mémoire. Au-dessus de la porte d'entrée du pavillon a été apposée une plaque métallique portant cette inscription : « Pavillon Jacques-Vié, 1900-1945 ».

En présence de la famille du Dr J. Vié, M. Roulot, directeur de l'hôpital psychiatrique, M. le Dr H. Beaudouin, médecin-chef, au nom des médecins de l'hôpital qui l'avaient désigné pour parler en leur nom, M. Jullien, Directeur des affaires départementales, M. Fiquet, au nom de la Commission de Surveillance, rappelèrent la carrière de Jacques Vié, l'autorité que, jeune encore, il avait acquise tant par ses remarquables travaux scientifiques que par sa haute tenue morale, sa modestie, son dévouement et ses qualités de cœur ; le Dr H. Beaudouin souligna le geste touchant de ses malades internées qui, dès qu'elles apprirent sa mort, firent en cachette une collecte pour lui apporter des fleurs.

La cérémonie se déroula dans l'émotion générale de tous les délégués des divers services médicaux, administratifs de l'hôpital. Les médecins de l'hôpital psychiatrique de Ville-Evrard s'étaient joints à leurs collègues de Maison-Blanche pour rendre à la mémoire de Jacques Vié ce si légitime hommage.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

102e Réunion mensuelle de l'American Psychiatric Association (Chicago, Illinois, 27-30 mai 1946)

A la réunion annuelle de l' « American Psychiatric Association » tenue à Chicago (Illinois) ont assisté plus de 20.000 personnes, dont 1.076 psychiatres membres de l'association, et de nombreux psychiatres étrangers (Amérique du Sud, Canada, Danemark, Espagne, France, Grande-Bretagne, etc...), des psychologues, des assistantes sociales psychiatriques, etc.

Une journée entière a été consacrée à la psychiatrie sociale. La psychiatrie dans l'industrie, l'assistance psychiatrique, les problèmes de la réadaptation à l'après-guerre, la psychiatrie administrative, la psychiatrie médico-légale et les relations entre psycho-névroses et préjugés raciaux, furent parmi les questions longuement traitées. En psychiatrie infantile, l'attention en Amérique est surtout attirée sur la schizophrénie. Une grande importance fut accordée aux études psychosomatiques et aux méthodes psychothérapiques nouvelles (Psychodrama, etc...), basées sur des interprétations originales des données freudiennes.

Parmi une série de travaux faisant état des recherches expérimentales on peut citer : études des relations entre les problèmes psychologiques, psycho-pathologiques et l'électro-encéphalographie, études de l'action de l'électro-choc sur des animaux rendus artificiellement névrotiques. Les thérapeutiques convulsives donnèrent lieu à de nombreuses discussions.

Plusieurs films techniques ont été présentés, parmi lesquels : *Narcose et Alcool* (Dr J. MASSERMAN) ; *L'alcool comme préventif des névroses expérimentales* (Dr J. MASSERMAN) ; *Electro-choc et névroses expérimentales* (Dr A. E. BENNETT) ; *Narcosynthèse* (Dr A. E. BENNETT) ; *Etude et traitement des toxicomanies* (Dr J. D. REICHARD) ; *Electronarcose* (Dr G. N. THOMPSON) ; *Electro-choc au cours d'un sommeil provoqué* (Dr M. S. RUBINSTEIN) et de nombreux documentaires sur les hôpitaux et les techniques de rééducation.

23e Congrès de médecine légale

Le *23e Congrès de médecine légale* se tiendra à *Paris*, les *18* et *19 octobre 1946*, sous la *présidence* de M. le professeur DUVOIR.

Secrétaire général : M. le professeur PIÉDELIÈVRE (5, rue Cassini, Paris, 14e arr.).

Secrétaire général adjoint : M. le Dr DEROBERT (1, rue Clovis, Paris, 5e arr.).

Des rapports de médecine légale, de traumatologie et de police scientifique seront présentés. Pour tous renseignements, s'adresser aux secrétaires généraux.

IIIe Congrès international d'hygiène mentale (Londres, 5-14 août 1948)

Le *IIIe Congrès international d'hygiène mentale* se tiendra à *Londres* (Central Hall) du *5* au *14 août 1948*. De nombreuses questions d'hygiène mentale y seront exposées et discutées, en particulier les problèmes posés par la guerre et l'après-guerre. Pour tous renseignements, s'adresser à « The Medical Director, The Provisional National Council for Mental Health, 39, Queen Anne Street, London, W. 1 ».

Cet avis annule celui paru dans le numéro de mars 1946 (page 323 des *Annales médico-psychologiques*, les nécessités de l'organisation de cette importante réunion internationale ayant obligé à en reculer la date et à en changer le siège.

Le Redacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

MASSON et Cie Editeurs, Paris
Dépôt légal : 1946 (3e trimestre) — Numéro d'ordre : 367
Cahors, Imp. A. COUESLANT (*personnel intéressé*). — 73.389. — 1946
C.O.A.L. 31.2330.

TOME II. — N° 3 OCTOBRE 1946

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

L'ETIOLOGIE EN PSYCHIATRIE

De la fréquence de l'association des étiologies en médecine psychiatrique. Les lois du faisceau et de la sommation étiologiques

PAR

MAURICE LECONTE

L'étiologie des troubles mentaux a fait, et fait encore, l'objet de bien des discussions qui ne sont pas toujours assez détachées des considérations philosophiques. Sa recherche ayant paru décevante, elle a fini par céder le pas, dans certaines sphères, parfois dirigeantes, quelquefois enseignantes, à des préoccupations psychologiques, philosophiques ou administratives, selon les écoles et les tendances des aliénistes. C'est pourquoi les nomenclatures, les états statistiques et les certificats rédigés dans les asiles sont, en général, légers, du point de vue étiologique, ainsi que les épreuves des concours administratifs. Sans doute, y a-t-il des exceptions, mais l'ampleur du dommage, déjà ancien, semble assez inquiétant, puisque, avant nous, des esprits éminents, comme M. H. Baruk, dont on connaît la courtoisie et l'abondance des travaux de « psychiatrie médicale », ont légi-

timement crié gare à ce sujet : « Il est beau de faire des discussions nosographiques, mais, avant tout, cherchons l'étiologie. » (1).

On devine tout le retentissement de cette insuffisance sur la thérapeutique effective, qui doit être, en fin de compte, l'objectif essentiel de la psychiatrie, par définition, par devoir et même par intérêt scientifique. Mais, d'où viennent ces lacunes thérapeutiques que nous avons constatées dans divers milieux, et relatées dans maints articles ? Nous laissons volontairement de côté la question de la formation médicale de l'aliéniste (2), qui gagnerait d'ailleurs à être stimulée, dans tout concours à un poste de psychiatrie, par une épreuve de clinique médicale. Ces lacunes thérapeutiques ont pour base la faiblesse des investigations étiologiques, qui dérive de deux erreurs fondamentales.

La première d'entre elles réside dans la croyance en l'autonomie de la psychiatrie et des maladies mentales. Aussi, les syndromes mentaux sont-ils considérés comme des entités se suffisant étiologiquement à elles-mêmes, sans qu'aucune recherche ultérieure des causes ou des conditions étiologiques succède à la première identification qui, pour nous, n'est qu'un premier stade, dans tout examen psychiatrique : le stade du psycho-diagnostic.

La seconde cause d'erreur consiste à méconnaître la fréquence de la multiplicité des étiologies rencontrées en psychiatrie. C'est cette règle des additions étiologiques, si souvent observables en milieu asilaire, qui constitue pour nous une véritable loi : la loi des associations étiologiques. Causes acquises, fragilité constitutionnelle, facteurs toxiques ou infectieux, éléments physiques, vasculaires, traumatiques, émotionnels, etc. se combinent, s'additionnent dans des conditions et des proportions variables pour léser l'encéphale, provoquer ou autoriser l'apparition des troubles mentaux. Aussi, toute statistique médicale devrait être synoptique, pour être efficace, et tout examen mental, soigné, complet, et surtout médical, pour être utile.

La toute dernière nomenclature, par exemple, montre encore quel chemin il y a à parcourir, pour faire admettre universellement des données qui paraîtront sans doute rationnelles, un jour ou l'autre. C'est ainsi qu'on y voit encore faire mention d'états de déséquilibre purement constitutionnel, ce qui montre bien

(1) H. Baruk. — *Psychiatrie médicale, physiologique et expérimentale.* Masson, éditeur, 1938.

(2) M. Leconte. — La nomenclature officielle vichyste des maladies mentales et la médecine psychiatrique. *Rapport inédit au ministère de la santé,* janvier 1945.

l'enracinement des préjugés et la nécessité de réagir vigoureusement contre des conceptions unicistes. C'est ce que nous avons d'ailleurs fait dans un autre travail sur le déséquilibre psychique (1).

Nous nous proposons principalement, aujourd'hui, non seulement de confirmer nos divers travaux sur les dangers de la méconnaissance de la règle des additions étiologiques, mais encore de montrer que nos conceptions, depuis longtemps dans l'air, s'autorisent à la fois de faits cliniques quotidiens et de productions éparses dans la littérature psychiatrique, dont la portée doit être considérée comme ayant une valeur générale. Bien que n'ayant malheureusement pas été étendue à toute la psychiatrie, cette loi est si fondamentale, qu'il devra en être tenu compte, pour un rajeunissement de la technique et de l'assistance, autant que pour la mise en ordre des statistiques ministérielles, si l'on recherche vraiment à réunir des données sociales valables et à organiser des services à la hauteur des exigences biologiques modernes.

Il est des notions qui, bien qu'évidentes, mettent beaucoup de temps à se répandre dans les esprits, quand la remarque initiale, par laquelle leur valeur est soulignée, appartient à un seul. C'est là un mode de défense du sens commun, mais ce n'est pas toujours le bon sens. Nous en voyons encore la preuve au sujet de l'étiologie en psychiatrie. En effet, dans la *Gazette des hôpitaux*, à plus de 60 ans d'intervalle, notre maître Toulouse posait déjà les jalons en faveur de la multiplicité des conditions étiologiques (2). Si cette idée avait été davantage méditée, bien des erreurs de diagnostic, et bien des insuffisances, voire des absences de thérapeutique, auraient été évitées. M. Toulouse montrait déjà, dans cet article, l'importance des questions pratiques, car il est essentiel, en effet, de connaître les facteurs immédiats de certains troubles délirants, puisqu'il est clair que la thérapeutique, en pathologie, ne peut découler que de la connaissance des diverses étiologies.

M. Toulouse écrivait alors qu'il existe des syndromes, modes de réaction des cerveaux lésés, qui correspondent, non pas à chaque agent irritatif, mais à un groupe de processus. A une époque où une théorie nouvelle et presque uniciste d'explication des

(1) Leconte (M.). — Réflexions statistiques et médicales sur le déséquilibre psychique. *Annales médico-psychologiques*, février 1946.

(2) Toulouse (E.). — Les prédispositions et les causes, dites occasionnelles, dans les maladies mentales. *Gazette des hôpitaux*, 20 juin 1885, n° 74.

troubles mentaux faisait florès, avec celle de la dégénérescence de Magnan, il montrait qu'il y avait des conditions étiologiques, le plus souvent nombreuses, et qu'admettre l'unique action de l'une d'elles, c'était peut-être, en s'en contentant, s'empêcher de rechercher les autres. Il citait également l'image favorite de Joffroy, rappelant que la graine n'attendait, pour se développer, que l'engrais favorable. Il faut donc, pour que des troubles mentaux puissent se développer, et de l'engrais, et de la graine ; de même qu'il faut, pour impressionner une plaque photographique, et le revêtement d'une émulsion sensible, et un faisceau lumineux. Il faut aussi l'ouverture du diaphragme. Ces causes peuvent s'étudier sur des plans différents ; elles n'en sont pas moins nécessaires à l'obtention d'un cliché, qu'un dernier réactif vient révéler à son tour.

Si la psychiatrie ne s'était pas si souvent écartée de la voie tracée par Régis, de l'impulsion donnée par M. Toulouse dans un seul hôpital français, des recommandations courtoises de H. Baruk, des énergiques efforts d'Heuyer et de quelques autres, il n'est pas douteux que bien des thérapeutiques psychiatriques seraient nées en France. En tout cas, bien des processus, frappant nos malades internés et accessibles à la thérapeutique, auraient sans doute été plus précocement découverts et traités.

Pour schématiser ces additions étiologiques, qu'il faut découvrir pour les traiter toutes, nous avons tenté de résoudre la question des prétendues causes occasionnelles, en dégageant deux règles simples : celle du faisceau étiologique et celle de la sommation étiologique (1).

Nous concevons en effet le terrain comme le résultat d'une accumulation de facteurs fragilisants, qui peuvent être, en partie acquis, en partie constitutionnels. Toutes les psychoses aiguës, tous les paroxysmes, nous paraissent de leur côté relever parfois d'une cause massive, mais, très souvent, sont le résultat d'une ultime sommation étiologique. Le terrain, c'est la plaque de verre constitutionnelle et l'émulsion sensible acquise. Le paroxysme, c'est le faisceau lumineux ou la pichenette de l'opérateur sur l'obturateur. Le bon sens n'est pas toujours inutile en psychiatrie, et l'expression « tant va la cruche à l'eau... » peut s'appliquer pour expliquer l'effet de la répétition de certaines causes, émotionnelles, traumatiques, toxiques ou autres. Et de même que c'est en tapant plusieurs fois sur un clou qu'on l'enfonce,

(1) Leconte (M.) et Marty (P.). — Etiologie et statistique psychiatrique *Annales médico-psychologiques*, juin 1945.

c'est en s'additionnant et se répétant que des processus divers, insuffisants en efficacité, isolément, finissent par ébranler le cerveau.

C'est ainsi que Rogues de Fursac, dans son Manuel (1), note, à propos des traumatismes craniens, que, dans les cas où il se trouvait en présence d'un état psychopathique devenu déséquilibre, alcoolisme chronique, paralysie générale, on relevait dans les antécédents des sujets un état occasionnel ancien, dont le rôle étiologique ne pouvait être déterminé avec précision, sans qu'il soit cependant possible, *a priori*, de le nier.

Sollier et Courbon (2) ont également écrit, à propos des traumatismes, que leur rôle, « en tant que facteur étiologique, est forcément proportionnel à l'existence des tares préexistantes ».

Marchand (3), également, montra la fréquence de la sommation étiologique dans certaines formes de délire alcoolique subaigu qui, à côté de la forme « a potu nimio », s'observe dans d'autres cas, à la suite de choc moral ou physique, « traumatismes ou émotions des malades intermittents, infections banales, pneumonie, intoxications médicamenteuses ». Dans son introduction, Marchand écrit encore : « Une des sources les plus dangereuses d'erreurs en médecine mentale est d'attribuer à une cause unique des symptômes psychopathiques, résultant de causes nombreuses et compliquées. »

Dans un travail sur les traumatismes craniens (4), nous avons montré également la fréquence des associations étiologiques chez des malades traumatisés du crâne. Rappelons, à titre d'exemple, que 36 fois existait l'association : stigmates physiques de dégénérescence et traumatisme cranien, 35 fois l'association avec l'alcoolisme. Un très grand nombre de malades présentaient trois processus associés.

Dans un travail identique sur les troubles mentaux post-encéphalitiques (5), nous avons également rapporté seize cas, parmi lesquels figuraient onze fois des stigmates dysmorphiques de dégénérescence (donc 64 % des cas), imputables soit à l'hérédo-

(1) Rogues de Fursac. — *Manuel de psychiatrie*. Alcan édit., 1903.
(2) Sollier et Courbon. — *Pratique séméiologique des maladies mentales.*
(3) Marchand. — *Maladies mentales. Etudes anatomo-biologiques.*
(4) Leconte (M.) et Damey (A.). — Aperçus statistiques et médicaux sur la fréquence des traumatismes craniens chez les malades internés. *Semaine des hôpitaux de Paris*, 21 oct. 1945.
(5) Leconte (M.) et Damey (A.). — Remarques statistiques et médicales sur les troubles mentaux post-encéphalitiques. *Gazette des hôpitaux* (à paraître en 1946).

alcoolisme, soit à l'hérédo-syphilis, et, dix fois, la notion de traumatisme cranien grave.

Dans le domaine neurologique, les lois de la sommation étiologique semblent également vérifiables. Il est des systèmes nerveux plus ou moins fragilisés aux diverses infections et virus neurotropes, par des conditions qui, tantôt sont constitutionnelles, tantôt sont acquises. Parfois, certains sujets se tireront indemnes de telle affection, là où d'autres conserveront des séquelles neurologiques. De plus, ne peut-on considérer, comme une illustration d'ordre neurologique, ce cas publié par M. Denechau (1), d'un parkinsonisme apparu après ensevelissement au cours d'un bombardement, chez un sujet ayant été atteint antérieurement d'encéphalite léthargique ?

L'observation de MM. Tinel et Robert (2) nous paraît du même ordre, tant ces notions étiologiques, insuffisamment appréciées de trop de psychiatres, sont sans doute d'une portée générale en biologie.

Dans un travail sur la paralysie générale (3), nous avons montré, alors que la syphilis est un élément constant, la fréquence de l'association de celle-ci, tantôt avec la dégénérescence, tantôt avec un traumatisme, et le plus souvent avec l'alcoolisme. Aussi, avons-nous proposé une troisième explication à l'apparition des troubles mentaux chez les syphilitiques, sans faire intervenir nécessairement le traitement mal conduit ou la dualité des tréponèmes. C'est celle de la sensibilisation encéphalique ou de la sommation étiologique par diverses additions étiologiques. Nous pouvons répéter, sans crainte d'être démenti, tout au moins pour la clientèle d'asile qui est celle dont l'encéphale est le plus profondément lésé (beaucoup plus assurément que chez les malades des médecins psychiatres des hôpitaux), que chaque fois qu'un psychiatre s'est penché sur l'étude d'un syndrome ou d'une étiologie, il aura, le plus souvent, constaté la véracité de ces règles du faisceau et de la sommation étiologiques. C'est ce que nous avons déjà affirmé dans un rapport au ministre, pour tenter de faire

(1) D. Denechau (d'Angers). — Apparition subite d'un parkinsonisme après ensevelissement au cours d'un bombardement, chez un homme atteint 20 ans auparavant d'encéphalite léthargique. Société de neurologie, 1er févr. 1945 *Revue de neurologie*, mars-avril 1945.

(2) Tinel (J.) et Robert. — Transformation subite, à l'occasion d'un traumatisme, d'un parkinsonisme discret post-encéphalitique en un grand état parkinsonien. Société de neurologie de Paris, séance du 5 mars 1936. *Revue neurologique*, 1936, n° 3, p. 613-616.

(3) Leconte (M.) et Marty (P.). — La paralysie générale est-elle de nature exclusivement syphilitique ? *Gazette des hôpitaux*, 1er mars 1945.

réformer la nomenclature officielle des maladies mentales, dont la maturation nous paraît devoir être une affaire plus scientifique que professionnelle, plus médicale qu'administrative, et qui ne tient absolument pas compte des additions étiologiques, hormis « l'appoint alcoolique ».

Dans un article récent, MM. Alliez et Cain (1) sont venus confirmer notre enseignement à propos d'une étude des syndromes psychasthéniques. Ces auteurs mettaient en évidence, comme nous l'avons fait pour d'autres syndromes, et également à propos de la nomenclature officielle des maladies mentales, la multiplicité fréquente des étiologies, « véritable sommation de causes ». En montrant que la constitution joue son rôle, tout en mettant en évidence le rôle de l'élément affectif qui s'ajoute aux autres atteintes, en faisant la part qu'il convient de faire aux dégâts somatiques, ces auteurs montrent, à leur tour, tout ce que notre tâche a de médical, et nous instruisent sur un syndrome souvent rencontré en médecine psychiatrique. Bien que plus rare dans les asiles et méritant, avec plus d'évidence, davantage de thérapeutique que de mesures administratives, ce syndrome atteint des sujets conscients, refusant de se rendre dans nos services (et cela se comprend aisément), mais obéit aussi à nos règles.

Sans doute, ces auteurs, dans une proportion notable, ont-ils rapporté qu'il existait des cas paraissant cryptogénétiques. N'oublions pas que nous n'avons pas affaire aux mêmes malades. D'autre part, les syndromes psychasthéniques sont des syndromes légers. En outre, les sommations étiologiques, à l'origine de ceux-ci, sont sans doute d'une très grande finesse biologique. C'est pourquoi des services psychiatriques dans les hôpitaux devront s'étendre pour perfectionner à la fois les recherches biologiques et la psychothérapie, car l'asile actuel est un milieu morbide où le psychiatre ne peut guère se livrer, ni à l'une, ni à l'autre de ces activités, dans trop de cas.

A travers les titres mêmes des communications et des publications qui paraissent chaque jour, on peut aussi constater à la fois l'essor médical que doit prendre et qu'à déjà pris la psychiatrie, ainsi que la fréquence des associations étiologiques rapportées.

Citons, par exemple, ce simple titre d'une communication de Marchand et Courtois (2), « Traumatisme cranien cérébral,

(1) Alliez et Cain. — Recherches sur l'étiologie des psychasthénies de l'adulte. *Gazette des hôpitaux*, 15 nov. 1945, n° 22.
(2) *Société médicale des hôpitaux*, mai 1928.

contamination spécifique, paralysie générale trois ans plus tard ». Et cet autre, « Epilepsie, traumatisme, confusion mentale terminale par encéphalite, au cours d'une pneumopathie aiguë », de Marchand, Courtois et Masquin (1).

Dans une communication de Dublineau, qui avait déjà signalé, avec l'un de nos anciens élèves, la fréquence de l'association de l'alcool et de la syphilis, on note, une fois de plus, l'existence, dans le même cas publié, de la quadruple association suivante : syphilis, traumatisme cranien, alcool, artériopathie (2).

A titre d'exemple, pour montrer le danger de cette méconnaissance des associations étiologiques, nous rapporterons que nous avons découvert, dans l'un des services où notre carrière nous porta, dix-neuf cas de syphilis sur quatre cents malades examinés (soit près d'un cas de syphilis sur vingt, la plupart du temps nerveuse), qu'aucun aliéniste n'avait décelés, malgré le grand nombre de certificats, en raison des pièges que maints de nos articles ont dénoncés (3).

Nous reproduirons les dix observations succinctes suivantes, en nous bornant à indiquer les certificats du début de l'internement et le dernier certificat, rédigé par nous, avec rectification du diagnostic et notation du faisceau étiologique, qui montrent que les troubles mentaux, soumis à une mutabilité en fonction des progrès ou des variations de l'état biologique, sont loin d'être autonomes.

Observation. I. — Du..., interné à 53 ans.

Asile de..... Certificat d'entrée, le 5 octobre 1924 (Dr X...). — Débilité mentale avec idées de persécution. Interprétations et hallucinations auditives.

Certificat de quinzaine, le 18 octobre 1924 (Dr Y...). — Même état qu'à l'entrée.

Ainay-le-Château, le 4 septembre 1945 (Dr Leconte). — Syndrome délirant chronique de persécution et d'influence avec illusion de richesses ; interprétations dominant actuellement. Possibilité d'automatisme mental incomplet et de réticence. Eléments cénesthésiques et olfactifs (on lui fait sentir des odeurs de m....., dit-il). Actes imposés :

(1) Marchand, Courtois et Masquin. — Epilepsie traumatique. Mort par encéphalite, avec confusion, au cours d'une pneumopathie. *Société clinique de médecine mentale*, déc. 1930.

(2) Dublineau et Chesnay. — Etat artériopathique. Etude du terrain. *Société médico-psychologique*, séance du 14 mai 1945.

(3) Leconte (M.). — Du délire d'interprétation à l'hémiplégie révélatrice. *Le Progrès médical*, 10 avril 1945.

on le fait se masturber, on le fait vomir, on veut par la haine lui faire lever le poing, on veut lui faire caresser une bonne amie dans un coin fréquenté. Suggestion. Délire ancien monotone et mal systématisé. Affectivité concordante. Protestations actuelles contre l'internement, avec refus de demeurer à la Colonie. Obstination, hostilité à l'égard des médecins. Irritabilité. Instabilité avec idées d'évasion, ce qu'il avoue ouvertement. Signalé comme présentant des périodes de troubles et se disputant fréquemment avec ses camarades pour des motifs futiles. Vit dans son placement très renfermé, parlant peu, demeurant pensif des journées entières dans sa chambre, assis sur une chaise. Activité réduite (courses de la nourricière et cassage de bois).

Faisceau étiologique : hérédo-alcoolisme paternel, traumatisme dans l'enfance, alcoolisme acquis, artério-sclérose. Faux débile, du fait de la timidité et du léger trouble de l'élocution. Niveau mental de 14 ans et 7 mois, aux tests de Binet et Simon pratiqués dans le service. Signes de dégénérescence : asymétrie faciale, oreilles mal formées, voûte palatine un peu élevée. Aplatissement du nez, peut-être d'origine traumatique. Induration des artères. Tension artérielle : 14 1/2-9 1/2. Angine récidivante, la dernière en date du 28 juillet 1945. Evadé de la Colonie et ramené par son frère en mars 1945. Nouvelle évasion dans les environs de Montluçon au début de juillet. Ce malade, refusant totalement de rester à la Colonie, doit demeurer sous le régime de la loi de 1838. En conséquence, doit être à nouveau dirigé dans un asile psychiatrique fermé. A transférer à.....

Observation II. — Ab..., interné à 59 ans.

Asile de..... Certificat immédiat, le 29 novembre 1933 (Dr Y...). — Alcoolisme avec léger affaiblissement intellectuel. Cauchemars et troubles du sommeil, étourdissements, crampes, léger tremblement des mains. Déjà traité. Hernie inguinale gauche.

Certificat de quinzaine, le 12 décembre 1933 (Dr Y...). — Alcoolisme avec accidents subaigus, actuellement en voie de décroissance, mais doit encore être maintenu.

Ainay-le-Château, certificat de transfert, le 10 août 1945 (Dr Leconte). — Démence globale. Alcoolisme chronique. Enormes troubles de la mémoire. Ne sait plus ni son âge, ni sa date de naissance. Désorientation temporo-spatiale. Calcul élémentaire totalement impossible. Légers éléments diffus agnosiques et apraxiques. Frotte l'allumette sur le côté non phosphoré de la boîte. Vague conscience de la diminution intellectuelle, peut-être en rapport avec la nature plus artério-scléreuse que sénile du syndrome. Semble faire un léger effort pour répondre. Pas d'insomnie ni de turbulence actuelle, incapacité sociale totale.

Faisceau étiologique : artério-sclérose secondaire à l'alcoolisme chronique, parvenue au stade de la sénilité. Petits signes dégénératifs. Notion d'hérédo-alcoolisme paternel. Arc péricornéen. Géron-

toxon. Signes d'artério-sclérose. Hypertension. Induration et sinuosités des humorales. Bruits cardiaques sourds. Légère ébauche de galop à la pointe. Arythmie. Stigmates dégénératifs : asymétrie faciale. Malformations auriculaires. Séquelles d'éthylisme ayant persisté à la Colonie. Innombrables ivresses avant la guerre, au dire des visiteurs de placements. Varicosités des pommettes. Signes de sénilité : 72 ans. Edentation presque totale. Faiblesse musculaire. Gâtisme urinaire. Pupille irrégulière à gauche réagissant faiblement à la lumière. Babinski double. Tendineux vifs aux membres supérieurs et inférieurs. Amorce de clonus intermittent au niveau du pied gauche. Cutanés abdominaux inférieurs absents. Crémastériens absents. Hernie inguinale gauche. Diminution de la force segmentaire. Paratonie sénile. Rendu par la nourrice, ne saurait être replacé.

Devrait être dirigé sur un hospice psychiatrique, mais à défaut, doit être transféré à.....

Observation III. — Es..., interné à 33 ans.

Asile de..... Certificat immédiat, le 8 octobre 1303 (Dr X...). — Alcoolisme chronique, particulièrement caractérisé par des hallucinations et des illusions de l'odorat et du goût ; il croit qu'on s'est ligué contre lui pour lui empoisonner ses aliments ; fonds de débilité mentale.

Certificat de quinzaine, le 23 octobre 1903 (Dr X...). — Est dans le même état qu'à son entrée. A maintenir.

Asile de..... Certificat de transfert, le 30 mars 1932 (Dr Y...). — Délire systématisé de persécution et de grandeur avec affaiblissement intellectuel. Ethylisme chronique. Calme. Soliloques. S'occupe. Peut être transféré.

Ainay-le-Château, certificat de transfert, le 4 septembre 1945 (Dr Leconte). — Démence artério-scléreuse. Sous-syndrome hallucinatoire chronique de grande ancienneté. Automatisme mental actuel incomplet. Hallucinations auditives, olfactives et cénesthésiques. Thèmes délirants de persécution, d'influence, de grandeur, mal systématisés. Néologismes. Croyance délirante en la présence de sa famille dans l'infirmerie. Vagues idées d'empoisonnement. Comportement apathique. Inactivité. Début de gâtisme. Entré à l'infirmerie par suite de défaillance cardiaque.

Faisceau étiologique : hérédo-alcoolisme avec stigmates de dégénérescence. Notion d'alcoolisme acquis, attesté par des certificats antérieurs et reconnu spontanément. Gros signes d'artério-sclérose avec hypertension (22/10 en 1934, 16/9 le 9 avril 1945 et 14 1/2-9 au début d'août 1945). Hernie double. Signes de sénilité. Calvitie commençante. Gérontoxon. Début de cataracte à gauche. Hypoacousie prédominante à gauche. Faiblesse générale avec amaigrissement. Acrocyanose.

Examen biologique : réactions de Bordet-Wassermann, de Hecht, de

Meinicke, de Kahn, antigène standard et antigène présomption, négatives. Urée : 0 gr. 49. Cholestérine : 1 gr. 60. Liquide céphalo-rachidien : cytologie : 0,3 éléments au mm^3 ; albumine : 0,26 0/0 ; sucre : 0,68. Chlorures : 7,05. Bordet-Wassermann négatif. Benjoin colloïdal : 00000.00100.00000.0.

Malade d'hospice psychiatrique, ne pouvant être replacé en placement familial. A défaut, doit être dirigé sur...

Observation IV. — Ba..., interné à 57 ans.

Asile de..... Certificat immédiat, le 13 mars 1943 (Dr X...). — Syphilis nerveuse. Interné après non-lieu à la suite d'une expertise (escroqueries). Pas d'affaiblissement intellectuel actuellement discernable. Pupilles paresseuses. Réflexes tendineux vifs. A maintenir.

Certificat de quinzaine, le 27 mars 1943 (Dr X...). — Syphilis nerveuse. Subexcitation psychique actuelle. Pas d'affaiblissement intellectuel. A été placé.

Certificat de transfert, le 8 avril 1944 (Dr Leconte). — Syndrome de déséquilibre psychique, avec affaiblissement éthique. Etiologie spécifique et artério-scléreuse chez un commotionné de guerre ayant été enseveli dans son abri. Hyperémotivité morbide. Sensiblerie. Théâtralisme. Persistance, à la Colonie, d'entreprises inconsidérées : se livrait au marché noir, tenait un véritable cabinet d'affaires, ainsi qu'en témoignent la correspondance, les chèques et l'enquête prescrite localement. Démêlés avec son surveillant de placements. Intercessions multiples pour des particuliers qu'il appelle ses protégés. 17 fois condamné. Déclassé. Divorcé en 1914, séparé depuis 1911. S'était brillamment conduit pendant la guerre de 14-18. A sauvé la vie du Lieutenant De Lattre de Tassigny.

Pupilles inégales et irrégulières, ne réagissant pas à la lumière. Gérontoxon. Hypotonie des traits. Induration des temporales sinueuses. Tension artérielle 20/11. Pas de signes neurologiques.

Les réactions biologiques, positives en juillet 1941, se sont progressivement et totalement négativées, ainsi que le montre d'ailleurs la formule du dernier examen, en date du 23 avril 1944 : Bordet-Wassermann, Hecht, Meinicke, Kahn, négatifs. Urée 0,23 ; cholestérine 1,50. Liquide céphalo-rachidien : lymphocytes 0,4, albumine 0,22, sucre 0,80, chlorures 6,90, Bordet-Wassermann négatif, benjoin 00000.00100.00000.0.

N'a pas eu de traitement depuis un an.

Trop actif encore, ainsi que l'exprience l'a montré, pour demeurer en Colonie Familiale, où de nouveaux incidents seraient à redouter.

Peut être transféré à.....

Observation V. — La..., interné à 25 ans.

Asile de..... Certificat immédiat, le 4 décembre 1887 (Dr Legrain).

— Imbécillité avec discernement insuffisant, tendances impulsives. Cet enfant n'a jamais pu acquérir la moindre notion. Blésité.

Certificat de quizaine, le 18 décembre 1887 (Dr Legrain). — Imbécillité avec incapacité de discerner le bien du mal, impulsions, excitation par intervalles. Doit être maintenu.

Asile de..... Certificat du 12 février 1898 (Dr X...). — Débilité mentale. Absolument incapable de se conduire seul et de gagner sa vie. Alternatives de périodes de mélancolie avec refus de travailler et d'excitation légère. A maintenir.

Ainay-le-Château, certificat de transfert, le 16 juin 1945 (Dr Leconte). — Affaiblissement intellectuel, à la fois congénital et acquis. Interné pour insuffisance mentale à la suite d'une fièvre typhoïde à forme cérébrale. Dysmnésie prédominant sur les faits récents. Apathie, troubles de l'attention. Inertie. Stigmates de *dégénérescence :* malformations auriculaires, implantation basse du cuir chevelu, asymétrie faciale. Stigmates d'artério-sclérose : arc péricornéen. Humérales indurées et en tuyau de pipe. Temporales sinueuses. Pouls dur, tendu et ralenti. Bruits cardiaques assourdis à la base. Signes de bronchite. Rotuliens un peu vifs à gauche. Babinski. Déformation thoracique. Paratonie. Petite hernie gauche. Cicatrice frontale gauche minime.

Notions étiologiques : père à Ste-Anne. Typhoïde à forme cérébrale à 7 ans et demi. Traumatisme cranien dans l'enfance.

Etait placé, depuis de nombreuses années, chez une nourrice actuellement fatiguée. Pourrait être affecté dans un hospice psychiatrique. A défaut, doit être transféré à...

Observation VI. — Fa..., interné à 29 ans.

Certificat de la Préfecture de Police, le 16 novembre 1924 (G. de Clérambault). — Erotomanie associée à psychose hallucinatoire et ayant été prodromique. Objet: une vendeuse voisine, jeune fille éprise de lui, ayant réussi à le rendre amoureux lui-même (*sic*) par un manège de coquetteries. En autobus, elle le surveillait dans la glace, des larmes prouvaient sa souffrance ; elle le guettait et l'attendait. Puis attitude paradoxale, abus d'airs d'indifférence, rancune de ce qu'il s'était fait prier. Quelques semaines plus tard, troubles sensitifs, piqûres envoyées par un médium qui est au service de la jeune fille. Transmission de pensée, sans sonorité, mais avec paroles discernables, notamment avec tutoiement. Troubles dans son ménage. Sa femme laisse entrer nuitamment des Inspecteurs de la Sûreté qui le piquent. Elle l'avoue, puis se dédie. Colère, puis coups violents sur sa femme. Menace avec un revolver pour contraindre sa femme à aller trouver la jeune fille avec son fiancé. Menace de tuer, soit la jeune fille, soit son épouse. Menaces directes au fiancé ; il tuera le couple si un jour il le rencontre ; il est sous l'effet du médium. Décours patent depuis deux ans et demi.

Poursuites instantes. Présentement, espoir foncier : le fiancé ne serait qu'un figurant destiné à le rendre jaloux. Lui-même est prêt à divorcer et irait jusqu'à épouser la jeune fille (*sic*). Voix du médium confirmant la persistance de la jeune fille. D'autre part, aisance, détachement. Réflexe oculo-cardiaque ascendant (74/82). Tremblement de la langue. Peut-être léger éthylisme. Début de la psychose simultanément, par troubles du caractère, détachement du réel et érotomanie prodromique. Permis de circuler à retirer.

Asile de..... Certificat immédiat, le 18 mars 1935 (Dr X...). — Délire systématisé à thème érotomaniaque avec automatisme mental et interprétations multiples. Conserve ses convictions délirantes ; ne manifeste aucune intention hostile contre ses persécuteurs supposés, mais se montre réticent.

Certificat de quinzaine, le 2 avril 1935 (Dr X...). — Délire chronique systématisé à thème érotomaniaque. Syndrome d'automatisme mental. Quelques interprétations. Réticent.

Ainay-le-Château, certificat de transfert, le 1er août 1945 (Dr Leconte). — Délire chronique. Thèmes multiples et érotomaniaques, en décroissance. Il est influencé par un médium. Actes imposés : il le fait parler, le fait quelquefois se masturber. Sentiment d'étrangeté et d'influence sur le cerveau : substitution de sa propre pensée. Transmission de pensée. Aucun des autres éléments de l'automatisme mental. Structure discordante. Sthénicité et récriminations à l'égard des persécutions qu'il accueille avec un certain fatalisme et quelques sourires, non toujours adaptés. Inactivité progressive. Refus de tout travail par intermittence. Extinction à peu près complète de l'activité délirante érotomaniaque. Grosse diminution de l'appétit sexuel, affirme être resté un an de suite sans se masturber. Réticence possible, mais absence nette de tout signe du troisième stade de l'érotomanie de De Clérambault. Vagues troubles du caractère. Signalé comme incitant les malades à se refuser à travailler.

Processus étiologiques : alcoolisme chronique. Notion d'hérédo-alcoolisme maternel. Stigmates légers de dégénérescence : asymétrie faciale. Implantation basse du cuir chevelu. Bruits cardiaques un peu sourds. Hépatomégalie. Pupilles un peu irrégulières, réagissant à la lumière. A diriger sur...

Observation VII. — Co..., interné à 57 ans.

Asile de..... Certificat immédiat, le 31 mars 1933 (Dr X...). — Délirant persécuté, réticent et halluciné, qui ne veut parler qu'en présence des autres locataires de sa maison. Dénégations au sujet de ses déclarations antérieures et récriminations contre son internement. Amaigrissement. A maintenir.

Asile de..... Certificat immédiat, le 28 décembre 1933 (Dr Y...). — Débilité mentale avec séquelles d'un état délirant en rapport avec une

désadaptation sociale (difficultés locatives après la mort de ses parents). Timidité. Chétivisme physique. A maintenir.

Ainay-le-Château, certificat de transfert, le 30 mai 1945 (Dr Leconte). — Délire chronique artério-scléreux atténué. Querelles avec ses propriétaires. Débilité mentale : dix ans aux tests de Binet et Simon pratiqués dans le service. Etat dépressif léger.

Faisceau étiologique : hérédo-alcoolisme (grand-père décédé à Ste-Anne) et hérédité mentale (grand'mère décédée à Clermont). Insuffisance de la vie sexuelle. Léger affaiblissement intellectuel. Hyperémotivité. Aboulie. Inactivité totale à la Colonie. Demeurait à l'infirmerie en raison d'un ulcère et d'une fistule à la jambe droite, inguérissable. Tension artérielle 17 1/2-9. Arc péricornéen. Induration des artères. Léger tremblement digital. Signes de dégénérescence : asymétrie faciale et cranienne. Malformation auriculaire. Gibbosité dorsale. Déformation thoracique. Rotuliens paraissant abolis. Léger Babinski à droite. Petits testicules, acrocyanose. Adénopathie inguinale. Amputation du médius droit et extirpation d'une tumeur au-dessous du genou droit, avec suppuration continue, imposant le transfert. Doit être dirigé sur...

Observation VIII. — Su..., interné à 63 ans.

Certificat d'admission, le 13 décembre 1933 (Dr V...). — Etat dépressif sénile. Depuis 18 mois (avec une courte rémission) cela ne va plus ; dégoût de la vie. Craintes de persécution ; il lui revient des souvenirs pénibles de jeunesse, cela ne peut pas durer ainsi. Auto-accusations : est un misérable, un inutile, un déshonneur pour les siens. Tentatives répétées de suicide (gaz). Anxiété, pleurs. Sénilisation.

Bordet-Wassermann négatif, Meinicke positif, Kahn positif (++). Liquide céphalo-rachidien : albumine 0,50 ; globuline + ; leucocytes 9,4 (et nombreux globules rouges) ; benjoin 00000.00221.00000. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

Asile de..... Certificat immédiat, le 15 décembre 1933 (Dr X...). — Léger affaiblissement intellectuel et état mélancolique avec préoccupations hypocondriaques, dépression et tentative récente de suicide.

Asile de..... Certificat immédiat, le 21 décembre 1933 (Dr Y...). — Dépression mélancolique avec affaiblissement intellectuel, interprétations fausses et idées vagues de persécution. Aurait fait une tentative de suicide avec le gaz. Préoccupations hypocondriaques. Inquiétudes. Malaise moral. Accès d'anxiété.

Ainay-le-Château, certificat de transfert, le 1er juin 1945 (Dr Leconte). — Etat dépressif réactionnel à une affaire véreuse.

Faisceau étiologique : syphilis. Alcoolisme. Sénilité. Artério-sclérose. Hérédité (frère interné, père alcoolique). Très léger affaiblissement intellectuel avec apathie et asthénie. Canitie. Pâleur. Arc péricornéen. Edentation totale. Léger tremblement sénile. Induration des artères.

Tension artérielle 17 1/2-8. Bruits cardiaques sourds. Pupille irrégulière à gauche. Psoriasis. Hypoacousie légère. A été opéré récemment de cholécystite. Demeure à l'infirmerie depuis l'opération, en attendant la fin de la fistule. Malade d'hospice par ailleurs.

Peut être transféré à défaut, sur...

Observation IX. — Ca..., interné à 33 ans.

Préfecture de Police, le 4 juillet 1906 (Dr de Clérambault). — Dégénérescence mentale. Tendances paranoïaques développées depuis sa cécité (1892). Interprétations nombreuses. Troubles du caractère. Depuis six ans, hallucinations de tous les sens. Des individus, dont plusieurs médecins, le soumettent à un traitement. A cru reconnaître la voix du Dr Sapelier, de Sancerre, pour celle de l'un de ses persécuteurs. A frappé violemment, par trois fois, le Dr S... Fissure congénitale. Stigmates.

Certificat immédiat, le 5 juillet 1906 (Dr Magnan). — Dégénérescence mentale avec hallucinations, troubles de la sensibilité générale. Idées de persécution. Violences envers des ennemis imaginaires. Cécité.

Ainay-le-Château, certificat de transfert, le 16 juin 1945 (Dr Leconte). — Syndrome délirant chronique. Thème de persécution politique mal systématisé, réticence probable. Discordance. Répond à côté. Phrases incohérentes, acceptions néologiques. N'a fait qu'un placement depuis 1907. Interné pour dégénérescence et syndrome de persécution à type de bouffée délirante.

Processus actuels : Dégénérescence. Sénilité. Artério-sclérose. Hypertension. Malformations auriculaires.. Cicatrice de suture de la voûte palatine. Cécité. Opacité totale des deux yeux. Assourdissement complet des bruits du cœur à la base. Tension artérielle 21/10 1/2.

Ne peut plus demeurer à la Colonie en raison de l'état de fatigue de la vieille nourrice chez laquelle il était. Pourrait être dirigé sur un hospice psychiatrique. A défaut, doit être transféré à.....

Observation X. — Re..., interné à 47 ans.

Certificat d'internement, le 22 avril 1931 (Dr S...). — Débilité mentale. Dispositions paranoïaques récriminatrices et revendicatrices. Interprétations morbides. Eléments imaginatifs. Hâblerie. Prétend que, pendant la guerre, les Allemands, dont il était prisonnier, lui ont perdu l'œil gauche par une opération injustifiée. Il faisait des discours pour soutenir le moral des autres prisonniers, qui l'appelaient « mon colonel ». Il était connu de 10.000 hommes en Bavière. Depuis son retour, il n'a pu travailler. Il réclame une pension, s'irrite de ne pas avoir gain de cause. Est allé casser des vitres au Ministère des Pensions. A déclaré qu'il reviendrait mieux armé. Nous dit qu'il ne peut rester ainsi sans ressources. Réflexes tendineux vifs. Leucoplasie commissurale. Ptosis de la paupière gauche. Pupilles réagissant à la lumière.

Asile de..... Certificat immédiat, le 23 avril 1931 (Dr T...). — Léger état d'excitation intellectuelle avec revendications et bris récent de carreaux au Ministère des Pensions pour passer en correctionnelle et y faire valoir ses droits. Plusieurs hospitalisations pour *rhumatismes*, semble-t-il ; faiblesse des membres inférieurs avec réflexes rotuliens exagérés, ptosis gauche.

Asile de..... Certificat immédiat, le 25 avril 1931 (Dr U...). — Délire de revendication avec excitation psychique sur fonds de débilité mentale et de tempérament paranoïaque. Plusieurs hospitalisations depuis son retour d'Allemagne.

Certificat de transfert, le 17 septembre 1931 (Dr V...). — Délire de persécution, de revendication et de grandeur. Bris de vitres au ministère des pensions, pour passer en jugement et obtenir satisfaction. Vantardises. Ophtalmie de nature indéterminée.

Asile de..... Certificat immédiat, le 1er octobre 1931 (Dr X...). — Psychose paranoïde : idées de supériorité, de grandeur, exaltation psychique ; revendications, interprétations fausses.

Asile de..... Certificat immédiat, le 21 septembre 1937 (Dr Y...). — Psychose paranoïaque. Hypersthénie. Vantardise. Idées délirantes de persécution. Revendications.

Ainay-le-Château, certificat de situation, le 21 décembre 1945 (Dr Leconte). — Syndrome délirant chronique. Excitation intellectuelle et affective. Activité revendicatrice. Thèmes politiques, mégalomaniaques et de persécution. Base imaginative et interprétative. Nombreux écrits à des autorités diverses, dont le dernier remonte à janvier 1945. S'était adressé au Général de Gaulle pour lui transmettre ses suggestions sur la façon de diriger la France. Se prétend le premier résistant de France, avant le Général lui-même, qui, dit-il, ne l'est que depuis mai 1940, alors que, lui, l'est depuis 1914. Etalage permanent de son glorieux passé de soldat et de son avenir, en tant que sauveur de la France. Graphorrée attestée par la rédaction d'un très grand nombre de cahiers (vingt), et des épîtres à de hautes personnalités alliées, ennemies ou françaises (Mussolini, Pétain, Leahy, Pucheux, Laval, La Guardia...). A d'ailleurs reçu des réponses de M. Mac Douglas, secrétaire particulier de l'Ambassadeur d'Amérique, en juin 1941 et du Cabinet du Général de Gaulle, où l'on affirme au malade qu'on ne manquera pas éventuellement de tenir compte de ses suggestions, dont on a pris bonne note. Se prétend victime de « la plus grande, de la plus cruelle des machines que l'on peut voir dans le monde ». Accuse formellement, dans une lettre au ministre de la santé publique, les « hauts placés » de la préfecture de la Seine, qui refusent sa sortie. Proteste énergiquement contre l'ancienneté de sa détention et contre Edouard Daladier, « le faux élite, le niais et sûrement celui qui mangeait au ratelier boche et au ratelier français, qu'il aurait empêché de nuire, s'il avait été libre au moment de Munich ». Se propose

d'ailleurs d'en appeler aux tribunaux, pour son cas personnel. A l'intention de « dissoudre toutes les préfectures du monde » et se vante auprès de qui veut l'entendre « d'avoir écrit les plus beaux actes de guerre vécus », et « dans un seul discours, j'ai démoralisé toute l'armée », dit-il. « On ne connaît pas mon mérite, vous autres vous voyez tout le monde malade. »

A actuellement l'intention de revendiquer au sujet d'une pension. Affectivité concordante, mais sthénique, avec vanité, orgueil, et psycho-rigidité. Intégrité du fonds mental. Comportement exalté par intermittence. Est actuellement un peu enclin à revendiquer sa sortie. Avait causé, en 1931, des bris de verre intentionnels au ministère des pensions, d'où arrestation et internement.

Examen physique actuel : calvitie. Gérontoxon. Temporales sinueuses. Légère leucoplasie commissurale. Langue faiblement saburrale. Irrégularité minime de la pupille gauche. Assourdissement des bruits du cœur à la base. Hypertension. Tension artérielle 16/10. Foie débordant légèrement le rebord costal. Examen neurologique négatif. Testicules inégaux au détriment du droit, très petit.

Faisceau étiologique : hérédo-alcoolisme paternel. Alcoolisme personnel dans le passé. Traumatisme cranien avec fracture. Stigmates dégénératifs avec éléments endocriniens. Artério-sclérose. Tuberculose pulmonaire au cours de la captivité, 1914-1918. R.A.A. dans le passé.

Syndrome mental chronique et vraisemblablement incurable. Excitation sujette à des paroxysmes qui sont demeurés modérés jusqu'à présent et peuvent s'exacerber. Nécessité de maintenir le malade sous le régime de la loi de 1838, avec possibilité de réintégration dans un établissement fermé, en cas de fugue, de graphorrée intempestive ou d'agitation secondaire à la déception causée par le refus de libération qui s'impose de toute évidence. A maintenir.

Conclusions

La simple lecture de nos documents, par la fréquence des notions étiologiques en association, le contraste entre les premiers et les derniers certificats, montre l'intérêt, et la nécessité d'une pensée directrice médicale, dans tous les actes du psychiatre, qu'il s'agisse de l'examen du malade, de l'édification des nomenclatures et des statistiques, ou bien de la rédaction d'un certificat.

A propos de celle-ci, encore trop souvent accomplie de façon machinale, soulignons l'intérêt d'une opération en deux temps, consignant les résultats des deux phases de l'examen. Car, notre pensée de psychiatre, comme celle de tout praticien de la pathologie générale, devra s'habituer à une observation en deux plans :

le plan du syndrome mental, qui forme le psycho-diagnostic, et celui de la recherche du faisceau étiologique, ou somato-diagnostic.

Donc, en premier lieu, on fera figurer les éléments du psycho-diagnostic. Ils ne sont que le groupement, syndrome dominant en tête, des symptômes psychiques anormaux qui motivent l'internement.

En deuxième lieu, devront suivre les données du somato-diagnostic, d'étude absolument capitale pour conférer tout son sens étiologique et pronostique au certificat. Ceci importe aussi, pour aider ultérieurement à un diagnostic rétrospectif en permettant de discerner ce qui, lors de l'entrée, relevait d'un état aigu, de ce qu'il y avait déjà de profond et d'organisé chez le malade.

A notre avis, psycho-diagnostic et somato-diagnostic devraient être obligatoirement complétés à la quinzaine du bio-diagnostic, c'est-à-dire du résultat détaillé des investigations biologiques qu'on aura cru devoir faire.

Notre expérience nous a confirmé que ces données du bio-diagnostic pouvaient prendre, après un laps d'années variable, mais parfois étendu, une signification différée d'importance capitale. Une nouvelle loi devrait inclure l'obligation d'une telle inscription dans nos certificats, de même qu'elle devrait exiger la mention explicite du traitement suivi, dans tous les certificats semestriels ou de situation.

Nous sommes peu partisans de la routine paperassière. Les exigences médicales nous paraissent plus impérieuses que les subtilités qu'on nous propose sur les placements ordonnés, autorisés, etc... et les dosages dans la capacité civile qui sont beaucoup plus affaire d'hommes de lois ou d'administrateurs de biens.

Nous nous rallierions cependant assez volontiers à une obligation qui imposerait la consignation écrite des efforts accomplis en vue d'une recherche étiologique, par un examen physique et biologique approprié. On peut voir, à la lecture de nos certificats, que nous n'avons pas attendu le moindre règlement pour passer aux actes.

En résumé, on constate, d'après les observations précédentes, la fréquence des faisceaux étiologiques en médecine psychiatrique. Leur recherche est capitale. Notre travail renforce donc l'avertissement fourni déjà par M. H. Baruk, il y a quelques années (1). Sans doute, ce savant avait-il été frappé, comme

(1) H. Baruk. — La question des services ouverts et l'évolution de la psychiatrie médicale. *L'aliéniste français*, février 1933.

nous-même l'avons été au cours de l'exercice de notre métier et dans notre enseignement préparatoire au médicat des asiles, de l'urgence et de l'extrême importance qu'il y a à attirer l'attention sur la fécondité des recherches étiologiques en psychiatrie. La méconnaissance de telles possibilités d'accumulation des étiologies peut entraîner des retards de thérapeutique. Une vérification de cet écueil nous paraît donnée, par une communication de notre maître X. Abély (1).

Tous ces faits accentuent encore la valeur des conseils de M. Baruk qui, dans l'article cité en référence, écrivit : « On ne saurait trop insister sur la nécessité d'une orientation étiologique de la psychiatrie : il faut chercher les causes des troubles mentaux. A ce point de vue, combien de nos malades d'asile sont victimes de séquelles d'infection ou de toxi-infections cérébrales ! Lorsqu'on peut, dans la mesure où le permet le trop grand encombrement des services, lorsqu'on peut, dis-je, examiner longuement, individuellement et médicalement ces malades, on reste frappé des découvertes étiologiques que l'on peut faire ! » Puissent nos jeunes confrères entreprendre avec allégresse la recherche systématique des causes des troubles mentaux de leurs malades. On le peut toujours, si l'on n'est pas directeur. Seulement, hélas ! du fait de l'encombrement, encore trop scandaleux, il faut parfois user de patience, s'appliquer durant des années. Quand chacun saura enfin quel travail médical est à faire dans un service psychiatrique, même constitué de chroniques, alors sa réorganisation sera plus facilement obtenue.

Pour notre part, nous n'avons pas encore trouvé de service d'asile où trois pour cent (3 %) des troubles mentaux nous soient totalement demeurés cryptogénétiques. Notons que nos malades, transférés à Chézal-Benoit, sont presque tous artério-scléreux. Six sont hypertendus.

De nombreux psychiatres nouveaux sont entrés dans les asiles. Prévenons-les contre la routine et les égarements des sceptiques. Qu'ils se méfient du mythe des entités mentales et du dogme de l'autonomie de la psychiatrie. Qu'ils n'oublient pas les lois du faisceau et de la sommation étiologiques ! Une telle méfiance sera un acte de foi en faveur d'une amélioration médicale de nos services, qu'une conception erronée de la psychiatrie a parfois aidé à demeurer retardataires dans les domaines de l'équipement

(1) X. Abély, J. Naudascher, Desclaux et Suttel. — Tumeur frontale méconnue chez un alcoolique épileptique. *Annales médico-psychologiques*, octobre 1944.

et de l'adaptation modernes, par rapport aux grands courants médicaux et biologiques actuels.

A la lumière des données qui précèdent, on voit donc, une fois de plus, que l'hygiène mentale apparaîtra, très souvent, comme devant être une hygiène de l'encéphale, et que la thérapeutique devra être d'ordre général autant qu'encéphalique. Le psychiatre de l'avenir devra être tardivement spécialisé, après une culture médicale et biologique approfondie, éprouvée par des références cliniques sérieuses. Le mythe des entités mentales étant depuis longtemps abattu, les faits de mutabilité des syndromes et des diagnostics ayant achevé de détruire ce qui apparaît n'être plus, à nos yeux, qu'une croyance de sorciers, il reste au psychiatre à se comporter, comme tout autre spécialiste, en traitant son malade moralement et physiquement.

Fuyant toute autonomie dans ses conceptions, ses attitudes, ses habitudes, ses espérances, il devra viser à regagner l'hôpital et à se singulariser le moins possible, pour parvenir à traiter, chez les malades rendus plus confiants, les divers éléments curables du faisceau étiologique. Telle est la doctrine de la « médecine psychiatrique » que nous défendons. Tel doit être l'esprit de la révolution psychiatrique qui nous paraît nécessaire.

LA MÉTHODE POUR RÉDIGER UNE NOUVELLE LOI SUR LES MALADES MENTAUX

PAR

G. DAUMÉZON

Depuis quelque temps, les milieux psychiatriques les plus compétents s'attachent à une réforme de la loi organique de l'assistance aux aliénés. Pourtant naguère encore, en 1938 par exemple, nous avons assisté à un concert de louanges adressées à un texte considéré par certains comme parfait. Par un réflexe de défense contre les textes qui ont été soumis aux assemblées délibérantes, beaucoup de psychiatres avaient pris pour position une défense systématique de la vieille loi qui, depuis un siècle, nous régissait. C'est essentiellement la *crainte de la naissance d'un monstre* qui dictait cette position, et bien que conscients des imperfections, des lacunes, pour tout dire de la misère dans laquelle nous nous débattions, beaucoup souhaitaient davantage des accommodements avec la loi de 1838 qu'une véritable refonte de celle-ci. Il ne faudra pas perdre de vue cette crainte très légitime, mais il faudra tenir compte aussi de la situation qui était à la racine des projets peu adéquats que nous avons vu se succéder, si peu adéquats qu'aucun n'a pu aboutir jusqu'à maintenant.

L'opposition à la loi de 1838

L'*opposition à la loi* de 1838 semble venir du grand public (accessoirement du public médical) et de l'administration comme de la politique. D'une façon générale, dans le public, on ne conteste pas la nécessité d'interner les « fous », c'est au contraire une sorte de vérité d'évidence qu'on ne discute à aucun moment, mais on craint les internements arbitraires.

Pour mieux comprendre les racines de cette position, il faut étudier le problème particulier d'un internement vu du dehors :

Ann. méd.-psych., 104e année, t. II. — Octobre 1946.

à l'égard d'un malade qui prouve son inadéquation à l'ambiance, l'internement paraît une nécessité qu'on appelle d'ailleurs et qu'on réclame. Les voisins, à condition de ne pas être des amis, souhaitent que le fou soit enfermé. Si dans la plupart des cas la folie a perdu son caractère sacré, religieux, elle garde aux yeux du public un caractère magique, et l'attitude à son égard est tout imprégnée de la conduite du tabou. L'aliéné, étranger au sens étymologique, doit être séparé ; tout au plus, dans la mesure où l'on admet qu'il s'agit d'un malheureux, souhaite-t-on qu'il soit plutôt dans un asile que dans un camp de concentration. D'autre part, l'horreur que l'on conçoit à l'égard de cette perte inexplicable de ce qu'on considère comme la qualité d'homme fait désirer que la séparation soit la plus complète possible, que les contacts avec le monde soient réduits au maximum.

Mais plaçons-nous maintenant dans la situation toute autre des proches, de la famille, des amis du malade. Ceux-ci qui le voient, qui sont à même de constater quotidiennement qu'il n'a pas perdu tous les caractères de sa dignité d'homme, qu'il conserve des souvenirs, qu'il reconnaît encore tel ou tel de ses enfants, s'insurgent et déclarent : « Ce n'est pas un étranger », ce n'est pas un fou, car un fou serait « l'étranger total », et ils craignent, quand ils ne la contestent pas, la mesure de ségrégation prise à l'égard de leur proche ; s'élevant au-dessus du cas particulier, ils craignent que cette mesure, dont ils conçoivent toute la rigueur, soit utilisée à tort.

D'ailleurs, et précisément parce qu'ils considèrent qu'ils ont affaire à un malade, ils désirent que celui-ci soit soigné. Les concepts actuellement courants font que le malade doit être soigné à l'hôpital. Or, l'internement n'est pas, à leurs yeux, une méthode de soins, c'est une mesure de ségrégation à l'égard d'un être qui n'a plus qualité d'homme.

Tels sont, je crois, les éléments essentiels dont devra se pénétrer tout réformateur de la loi de 1838, afin de pouvoir répondre à la fois à l'attente des proches et aussi, dans un sens, à celle de la société.

L'opposition des médecins est moins farouche. Pour la plus grande part, elle n'est pas profondément différente de celle que l'on trouve dans le public ordinaire, et cela à cause de l'insuffisance de la formation psychiatrique des futurs praticiens, bien souvent dressés à contester l'existence même d'une psychiatrie authentique. Mais d'autre part, et en liaison étroite avec leur ignorance, existe une mauvaise humeur à l'égard des formalités de placement. La seule chose que savent beaucoup de médecins,

c'est qu'il faut un certificat sur papier timbré pour placer un aliéné, que la rédaction de ce certificat est soumise à des règles strictes que souvent ils ignorent, qu'il fait peser sur celui qui le rédige une responsabilité assez lourde, et nombreux sont les confrères qui prennent pour règle de n'en jamais user, comme de tel médicament mystérieux aux contre-indications mal définies et cependant absolues.

Les détenteurs des pouvoirs publics, qu'ils soient les dépositaires réels de la pensée du public, ou que, démagogues, ils veuillent la flatter, sachant qu'il entre dans leurs attributions de modifier des lois, désirent tout naturellement attacher leur nom à cette réforme spectaculaire que serait la modification du statut des aliénés.

Le public ou le médecin mal à l'aise voit, dans la réforme de la loi, une solution facile ; l'homme au pouvoir, un geste avantageux. De leur conjonction, naît un désir impérieux qui, jusqu'ici, s'est traduit par toute une série de propositions qui nous ont successivement effrayés : proposition du double certificat ; à l'étranger, institution d'un jury, etc... L'incongruité de ces propositions spectaculaires a détourné le psychiatre d'une étude plus profonde et plus concrète de ce que devrait être la vraie réforme de la loi de 1838.

Critique des psychiatres à la loi

Il convient de s'être bien pénétré de ces éléments pour aborder d'une façon plus constructive l'examen du problème, et d'abord il convient de prendre conscience exacte des reproches que nous-mêmes pouvons adresser au texte traditionnel plus que de ceux, médiats et lointains, que lui adressent ses réformateurs ordinaires.

C'est que de notre côté, nous avons bien d'autres griefs à l'égard de la loi, nous qui pratiquons ce texte depuis cent ans passés. Nous aurons plus de peine que d'autres à nous défaire de son emprise, mais il est indispensable qu'objectivement sans passion nous dressions la liste des insuffisances de la loi, nous verrons alors si on peut bâtir un texte qui d'abord satisfasse à nos exigences et qui, comble de réussite, n'encoure pas les reproches que les non initiés adressent au texte centenaire.

Poursuivant l'exposé d'une méthode, nous ne prétendons pas faire figurer ici une énumération complète, mais nous donnerons les exemples qui paraissent les plus typiques.

Les critiques contre la loi ont pris depuis une quarantaine d'année une allure spéciale du fait de la création des « services ouverts ». Nous savons qu'en dehors des malades relevant de l'internement, nous devons nos soins à nombre d'autres sujets ignorés du législateur d'il y a cent ans. Chacun a réagi à sa manière à l'égard de cette nécessité. Naguère, l'un de nous a insisté sur l'extrême polymorphisme des services dits ouverts ; nombre d'entre eux, et l'Hôpital Henri-Rousselle au premier rang, sont beaucoup plus fermés que la majorité de nos « asiles », quelques-uns sont aussi ouverts qu'un hôtel ouvert la nuit. Cette variété trahit le désarroi de la doctrine.

Mais les services ouverts ont aussi leurs détracteurs ; nous avons tous en mémoire des exemples de malades qui furent proprement dépouillés de leurs biens, faute de protection durant leur séjour dans un service où ils n'étaient pas internés.

A l'autre pôle, nous voyons tous les jours, dans tels services provinciaux, des malades, qu'on serait tenté de qualifier « d'aliénés patentés », et qui pourtant jouissent sans le moindre inconvénient d'une liberté totale que leur envient à juste titre les malades « libres ».

Si nous entrons dans le détail de la protection des biens, qui de nous n'a déploré la rigidité exagérée de l'Administration prévue en 1838 ? Et nous ne parlerons pas de la paralysie d'un organisme figé dans des règles centenaires en face d'une matière en constante évolution.

Elargissant notre point de vue, nous rappellerons les problèmes actuellement insolubles posés par l'intrusion dans nos établissements des alcooliques, des pervers divers.

Et surtout, n'avons-nous pas tous regretté que pas un texte ne nous permette d'organiser la liberté au dehors, soit avant, soit après le traitement, d'une foule de sujets qui relèvent de notre spécialité ?

Arrêtons ici notre revue ; toutes ces constatations critiques aboutissent à une même conclusion : les situations pénibles que connaissent les malades mentaux sont très variées, la situation légale qui leur est faite est un tout ou rien dont il faut sortir : internement ou pas internement.

Mais notre malaise ne se limite pas, et de loin, au statut légal des malades, c'est l'organisation et la structure de nos établissements qui ne nous satisfont pas. Nous savons bien que, grâce à l'activité et à l'astuce des médecins, les asiles récemment devenus hôpitaux psychiatriques ont une activité médicale non négligeable. Notre expérience quotidienne nous apprend que souvent

la qualité des soins médicaux y est, quoi qu'on en dise, supérieure à celle de bien des hôpitaux ordinaires. On connaît des hôpitaux psychiatriques dont le poste de radio doit être utilisé par les médecins de l'hôpital voisin qui n'en possède pas. On connaît dans telle grande ville un laboratoire d'hôpital qui travaille autant pour l'hôpital psychiatrique que pour l'hôpital-hospice qui contient autant de lits. Mais, outre que ce niveau n'a pu et de loin être atteint partout devant l'inertie administrative, nous savons surtout que la pénurie en personnel qualifié : personnel médical, personnel secondaire, personnel médico-social, que l'organisation administrative à la fois réglementariste et archaïque n'ont pas encore permis à nos établissements de jouer le rôle pleinement rééducateur qui leur est dévolu. Nous savons que l'action médicale, pour être utile, devrait être individuelle, or les règles actuelles admettent qu'un médecin peut encadrer, nous ne disons pas soigner, 400 malades !

Aussi, une loi nouvelle pour être satisfaisante devrait-elle, à notre sens, aménager un changement radical de la structure de nos services et peut-être de nos fonctions.

Et lorsque nous abordons de tels problèmes, nous pensons qu'il est absurde de séparer cure hospitalière et encadrement social, attitude thérapeutique à l'égard de l'enfant et à l'égard de l'adulte.

Evoquer ces exigences, dont nous sommes loin d'avoir fixé même les rubriques essentielles, nous entraîne à une grande prudence. Pour peu qu'un psychiatre ait sérieusement réfléchi à ces questions, il est aussi peu enclin que possible à admettre les solutions simplistes que certains lui proposent. Dans ce siècle de turbulence législative, les apprentis sorciers ne désarment pas, dont la formule préférée commence immanquablement par « Il n'y a qu'à... ».

Nécessité d'une méthode

Et cependant, notre situation est rien moins que confortable et il importe d'y porter remède. Dans notre recherche, il nous est apparu indispensable, avant d'entreprendre une tâche de rédaction, non seulement de fixer les critiques que nous adressions à la loi actuelle, mais aussi d'adopter une méthode de travail capable de nous faire atteindre les vrais problèmes fondamentaux, de les poser dans leurs termes actuels.

Cette méthode nous paraît consister dans l'analyse au point

de vue médical, juridique et sociologique de chacune des institutions de la loi de 1838, analyse suivie d'une reconstruction à partir des mêmes matériaux modifiés par l'évolution qu'ils ont subie et qu'ils semblent devoir subir.

L'ANALYSE DE L'INTERNEMENT, EXEMPLE DE CETTE MÉTHODE. — L'institution dont l'analyse nous paraît la plus démonstrative est sans doute l'internement. Nous savons que c'est en effet un des points névralgiques de la situation, un des éléments contre lesquels l'opposition du public s'est cristallisée ; nous savons que la création des services ouverts a déjà été une tentative anarchique, certes, mais valable pour sortir de cette impasse.

Or, la loi de 1838 était arrivée en cette matière à une réussite : d'éléments disparates au départ, elle avait constitué une notion qui désormais s'imposera d'une façon absolue à la plupart de ceux qui, en France, abordent le problème de l'assistance aux malades mentaux. La notion d'internement est toujours l'étalon utilisé lorsqu'on confronte tel ou tel système étranger avec le nôtre, souvent sans que l'on tienne compte de ce que l'internement peut y être conçu de façon toute différente ou peut-être même en être absent. Dans les rapports que l'on fera sur telle législation, on affirmera qu'un pourcentage infime de malades est « interné », mais sans nous dire en quoi ici consiste l'internement. Dans une de ces revues de législation étrangère faite en vue de trouver des arguments pour soutenir une thèse, nous lisons que dans un pays scandinave, il suffit d'un coup de téléphone au commissariat de police pour retenir un malade mental ! S'agit-il d'une formule explicative d'un médecin ou d'un texte de loi ? Nous-mêmes, ne pourrions-nous utiliser pareille formule lorsque nous sommes en bons termes avec les bureaux de la Préfecture ?

Il nous apparaît donc nécessaire d'étudier de très près ce qu'est l'internement, à quels besoins il répondait en 1838, pour savoir comment à l'heure actuelle on peut satisfaire les besoins analogues ou différents, dont la société moderne se doit de tenir compte.

L'internement de 1838, s'il nous paraît actuellement un bloc sans fissure, est à la vérité né du groupement d'une série d'éléments *a priori* disparates :

1° d'abord, et au premier rang, l'internement réalise la séparation du malade d'avec la société ; cette séparation est décidée selon une procédure spéciale qu'il convient d'étudier en détail du point de vue de notre droit public ;

2° le malade est, par ailleurs, placé sous un régime intérieur déterminé administrativement ; la loi fixe que c'est le pouvoir exécutif qui, par ordonnance, réglera l'organisation des établissements et leur règlement intérieur ;

3° la loi fixe le mode de règlement des dépenses résultant des soins donnés aux malades ; pour la première fois dans la législation française est proclamé pour des sujets spéciaux le droit aux soins ;

4° le placement met le malade dans l'incapacité matérielle, de fait, de gérer ses biens ; la loi détermine les modalités de la constatation et la sanction de cette incapacité ;

5° la loi fixe le mode de gestion des biens dit « provisoire », qu'il faut aménager.

Tel apparaît l'internement : un groupe variable d'éléments divers à contenu fixe. Mais, il faut bien le reconnaître, ce groupement pourrait bien s'être établi sur d'autres bases et le contenu de chacune de ces rubriques pourrait être différent.

Le législateur de 1838 aurait très bien pu négliger d'insérer dans son texte l'obligation de payer les dépenses des soins aux malades mentaux ; il aurait pu, dans un autre ordre d'idées, ne pas se préoccuper des problèmes de gestion des biens en se reposant sur le code civil, etc..., etc...

Pour mieux comprendre comment notre droit est parvenu à la synthèse de 1838, il nous paraît intéressant de suivre rapidement l'historique de ses attitudes nécessaires.

Nous voudrions rapidement tracer cet itinéraire pour chacun des éléments en cause, il sera, on le verra, particulièrement profitable.

I. La collocation. — La collocation, contre sa volonté, d'un malade mental, est une mesure d'une extrême gravité. Il s'agit d'instituer, puis d'aménager une des entorses les plus graves à l'un des principes essentiels de notre droit et, à vrai dire, de tout droit. Comment le législateur s'est-il tiré de cette difficulté ? Non seulement quelle procédure a-t-il adoptée, mais au nom de quels principes s'est-il décidé ?

L'étude de ces conduites légales sera des plus instructives, elle dépassera même le but immédiat que nous nous proposons : par quel moyen en 1946 remplacer la procédure de collocation ; car, à y regarder de près, nous avons d'autres dérogations au droit commun à réclamer du législateur : en matière de législation de

l'enfance anormale, il est nécessaire avant toute chose d'aménager la dérogation à la puissance paternelle. La situation est assez semblable à celle de 1838, la seule mesure dont nous disposons est la déchéance, formule lourde, aussi peu maniable et exceptionnelle que son homologue l'interdiction.

Voyons donc comment le législateur a résolu ce problème : les travaux de Sérieux et de son école nous font connaître le mode de placement dans les asiles d'avant la Révolution. On sait que l'acte de placement était, en général, la lettre de cachet : « Manifestation originale du pouvoir central pour sauvegarder l'ordre public en dehors des voies juridictionnelles habituelles. » (Funck Brentano). Même dans le cas où le malade est placé par ordre d'un magistrat judiciaire, celui-ci accomplit beaucoup plus une besogne administrative qu'une besogne judiciaire. Plus tard, à partir de 1791, le malade continue à être placé par voie administrative. En 1804, est créée l'interdiction ; à cause de son caractère infamant, cependant contingent, l'opinion médicale, avec Esquirol, s'est détachée rapidement de cette forme qui était apparue en 1804 la seule attitude légale légitime à l'égard du malade.

En 1838, le législateur a en vue deux situations fort différentes : d'une part celle du sujet dangereux, d'autre part celle du sujet qui ne trouble pas l'ordre public. A l'égard du sujet dangereux, la voie était toute tracée : c'est au pouvoir administratif de protéger l'ordre ; et la loi a simplement codifié une mesure de police à laquelle elle a ajouté des sanctions, une procédure de garantie, des droits de recours.

Lorsque nous étudions actuellement une situation analogue, celle par exemple des sujets considérés comme dangereux en temps de guerre, nous constatons à travers les décrets de 1939, remaniés en octobre et novembre 1944, que l'administration suit une voie exactement superposable. D'autres situations ont été aussi visées par la loi depuis peu, en particulier la séquestration en vertu du danger présenté au point de vue de la santé publique. Les textes les plus anciens prévoient la séquestration des malades contagieux, plus récemment l'isolement dans un lazaret en vertu des règles de police sanitaire maritime, enfin la séquestration des malades atteints de maladies vénériennes.

Une étude minutieuse de ces textes, comme celle à laquelle nous nous sommes livrés dans un autre article à paraître prochainement (1), nous permet de relever toutes sortes d'analogies avec l'espèce qui nous occupe. Nous y voyons les modalités de

(1) Documents de l'*Information psychiatrique*, N° 1.

l'intervention du médecin et son aménagement. Dans toutes ces matières, le placement découle de l'intervention d'une autorité administrative conseillée par un avis technique. Secondairement, un contrôle pourra s'exercer, une voie de recours est prévue qui prendra naturellement un aspect judiciaire.

Dans aucune de ces matières où la protection de l'ordre public est en jeu, on ne voit apparaître le magistrat autrement que pour contrôler ou pour statuer en cas de recours. Il ne faudra pas oublier cette constatation générale pour apprécier les demandes de ceux qui réclament, en violation de tout notre droit public, que le juge prononce l'internement enfreignant ainsi la règle de séparation des pouvoirs.

Mais en face de ces nombreuses situations où le placement d'office trouve des analogies pour préciser sa nature et sa procédure, nous n'avons trouvé dans notre droit public rien qu'on puisse rapprocher du placement volontaire de la loi de 1838.

Il s'agit d'une mesure absolument originale, aussi est-il nécessaire d'en comprendre toute l'économie. Que l'État se préoccupe de protéger l'ordre public, il n'y a là rien de bien étonnant, mais, à l'égard des aliénés non dangereux, la question est de savoir au nom de quoi l'Etat peut aménager une restriction de la liberté. Sous l'ancien régime, compte tenu de l'ordre social de l'époque, l'Etat détournait, au profit de l'intérêt et de l'honneur des familles menacées, une partie de son pouvoir de police. Mais, en 1838, une telle mesure apparaissait, à bon droit, inadmissible. Laurence (Chambre des députés, 18 avril 1837) déclarait : « Il ne s'agit pas ici d'une institution philanthropique à l'aide de laquelle il faut faire du bien aux hommes malgré eux, il ne faut pas dire à un homme tu es malade, on veut te guérir malgré toi, en dépit de toi-même, il faut que tu sois guéri, la société y est intéressée ! ». A cette déclaration, la plupart semblent souscrire et malheureusement, il ne nous est pas donné de réponse manifeste à la question : *au nom de quoi* est retenu le malade non dangereux ?

Nous croyons avoir compris, cependant, à travers le texte, quelle est l'économie de la loi de 1838 : le législateur parle d'un placement *volontaire*, nous pensons qu'il marque par là qu'il s'agit d'un placement que le malade désirerait s'il était en état de manifester sa volonté, et comme il faut bien trouver quelqu'un qui, à la place du malade, exprime cette volonté, on trouve dans la famille le personnage chargé, à la place du sujet, d'indiquer quel est son désir. Si l'on admet cette thèse, toutes les autres

mesures en découlent limpidement : la famille pourra à la place du sujet interrompre à son gré le séjour à l'asile, la famille pourra seule autoriser les traitements dangereux (voir la discussion sur le droit aux soins), etc..., et la loi fixe dans quel ordre les membres de la famille sont présumés être les meilleurs dépositaires de la volonté du malade. La famille ne joue plus le rôle que lui eût attribué un législateur d'ancien régime, elle n'intervient pas ès-qualité, il n'est pas question de son *droit*, elle intervient seulement *pour remplacer* un sujet défaillant. Le médecin n'est qu'un expert qui indique si la mesure demandée par le malade à travers sa famille est justifiée. Quant à l'autorité administrative, son rôle se borne à fournir le cadre matériel prévu par la loi et à vérifier la régularité de la procédure.

Ainsi s'ordonnent les rôles et la hiérarchie des pièces produites : la pièce essentielle (dont on ne peut se passer même en cas d'urgence) est la demande de placement, le certificat n'est qu'une pièce justificative ; on voit de quel secours nous a été l'analyse historique et sociologique.

La loi nouvelle, quelle qu'elle soit, ne pourra être formulée clairement qu'à partir de l'instant où, compte tenu de l'état de la société à l'époque où elle sera rédigée, elle saura décider au nom de quoi le malade est placé ; ce principe posé, on en déduira tout naturellement le rôle de chacun, malade, médecin, autorité administrative, éventuellement famille, service social, etc..., etc...

En 1838, il est apparu que la Société devait intervenir pour proposer, à l'exclusion de tout autre, un certain mode de séquestration, pour en aménager l'organisation intérieure. Il est probable qu'à l'heure actuelle, on envisagera différemment les raisons d'être de cette séquestration. Le médecin devait seulement jouer un rôle d'expert attestant la réalité de l'aliénation, ce n'était pas lui qui plaçait, le certificat est seulement — dans l'internement — une pièce justificative, la pièce essentielle est sans aucun doute la demande. Doit-il en être de même aujourd'hui ?

En 1838, le malade était placé en vertu de sa volonté. Est-ce encore en vertu de la volonté des malades que nous désirons que soient placés les aliénés ?

Au cours de discussions récentes, diverses positions ont été prises : les uns ont soutenu les droits de la famille (que le législateur de 1838 avait repoussés), beaucoup d'autres ont constaté la trahison par la famille des intérêts du malade ; certains ont proclamé le droit de la société, dans son propre intérêt, de faire soigner un de ses membres pour éviter d'avoir à l'assister ulté-

rieurement. Cette formule est, aux yeux des troisièmes, très dangereuse, ne doit-on y substituer le *devoir* — et non le droit — de la société de sauvegarder la santé, l'intégrité de ses membres... D'autres attitudes seront sans doute proposées, elles devront être imposées par la considération de l'état social et politique à l'époque de la réforme. De la réponse donnée à ces questions, dépendra toute l'organisation du placement.

II. Le régime intérieur de l'établissement. — On concevrait une loi réduite à son strict minimum qui stipulerait les conditions moyennant lesquelles l'aliéné pourrait être retenu. Mais dans les formes plus évoluées, la loi indique en outre les formes de la séquestration (une des questions fondamentales est de savoir si sera admise ou non la séquestration à domicile). La loi de 1838, par son silence, a rejeté cette forme et a fourni un cadre administratif spécial. Elle héritait là encore d'une tradition : sous l'ancien régime, Sérieux nous indique qu'il existait dans les maisons d'aliénés des sections de force, de demi-force et de liberté... D'ordinaire, l' « ordre » stipulait si le sujet devait être placé dans l'une ou l'autre section, et il fallait un nouvel ordre pour modifier le placement.

Sous le régime du code civil, le tuteur peut choisir à son gré le lieu de séjour et la forme du placement auquel sera soumis son pupille.

Le régime de 1838 apparaît à la fois plus libéral et plus souple. Il institue des établissements dont le législateur laisse à l'exécutif le soin de fixer le régime intérieur. A son tour, l'administration (ordonnance de 1839) a seulement indiqué un certain nombre d'exigences minima que devaient remplir les organismes de soins : quartiers séparés, séparation des sexes, séparation des enfants. Elle a laissé au médecin le soin de modifier à son gré la forme de la restriction de liberté imposée au malade. Ce régime était extrêmement souple, puisqu'il a permis, sous la même rubrique d'internement, une collocation aussi sévère que le placement en cellule avec utilisation des moyens mécaniques de contraintes et le séjour (obligatoire, il est vrai) dans une colonie familiale. Le pouvoir laissé au médecin est extrêmement large, on le voit.

Dans les exemples d'autres collocations que nous avons rappelés plus haut, il existe aussi une certaine latitude laissée aux organismes administratifs, mais en général beeaucoup moins grande. La loi sur les vénériens prévoit la possibilité pour le

malade payant d'être soigné dans le service de son choix (il n'en est pas stipulé exactement de même en ce qui concerne les malades mentaux).

Les règles qui seront issues d'une nouvelle législation devront-elles être plus souples ou plus strictes ? La réglementation administrative devra-t-elle être plus impérieuse ? Autant de questions à trancher au préalable. Nous devrons nous inspirer des difficultés qu'a rencontrées l'application de la loi de 1838 ; celle-ci admettait le principe d'un établissement par département, mais elle ne le stipulait pas d'une façon précise, si bien que certaines circonscriptions sont actuellement encore, pour le grand dam des malades et de la santé publique, privées de l'asile prévu il y a cent ans.

Nous connaissons trop les libertés que les administrations locales ont prises à l'égard de l'autorité centrale dépositaire de la doctrine d'assistance, aussi conviendrait-il de savoir exactement en cette matière ce qui devra figurer dans la loi sous forme impérieuse, ce qui devra seulement être conseillé et la forme que revêtira l'intervention réglementaire secondaire. Telles attitudes de réserve prises en 1838, lorsque le pouvoir central n'avait pas amoindri sa puissance par une profusion d'interventions, ne sont plus de mise de nos jours. Nous amorçons là, seulement, la série des études préalables qu'il conviendra d'entreprendre.

Il est de règle, à l'heure actuelle, de se préoccuper de certaines catégories de sujets que nous trouvons dans nos asiles, les aliénés criminels, les alcooliques par exemple. Ne nous étonnons pas de l'insuffisance de la loi : à l'époque de sa rédaction, ces catégories d'individus ne trouvaient pas place dans les établissements d'aliénés où ils ne se sont glissés que par la suite et faute d'organismes mieux appropriés.

Le mot d'alcoolisme n'a été créé que postérieurement à 1838. L'expertise mentale n'a pris d'extension que dans la seconde moitié du XIXe siècle et les experts de l'époque étaient beaucoup plus sévères que ceux de 1946. Le législateur de 1838 ne pouvait prévoir des catégories d'aliénés qui n'existaient pas en tant que telles.

La loi nouvelle doit dire si ces sujets trouvent leur place dans le cadre général, ou doivent en être exclus, car l'organisation du régime intérieur devra être conçue en conséquence.

A côté de l'évolution sociale, de l'évolution administrative et politique, le législateur de 1946 devra se préoccuper bien plus encore de l'évolution des conceptions psychiatriques.

III. Les dépenses du service. — Il est fort instructif de remarquer que, si la loi de 1838 a été dictée par de nombreuses considérations, ce sont les considérations financières qui ont peut-être influé le plus sur la décision prise de faire une loi. L'administration rencontrait, en effet, de très grandes difficultés pour régler les frais d'entretien des aliénés. Un arrêt du Conseil d'Etat du 10 octobre 1834 l'avait plongée dans la plus profonde perplexité. Les circulaires succédaient aux circulaires, on ne savait comment régler ces dépenses.

Lorsque nos demandes de réformes auront sombré dans l'indifférence générale, ne faudra-t-il pas nous ingénier à mettre l'administration dans des embarras financiers ? La matière est facile à trouver ; si les aliénés ont droit aux soins, il n'en est pas de même pour les psychopathes en cure libre...

C'est en définitive le principe du droit aux soins des malades mentaux qui apparaît comme une des créations les plus originales de 1838, les aliénés sont les premiers à bénéficier d'une décision de ce genre. Les autres lois d'assistance ne seront promulguées que beaucoup plus tard. En 1838, les malades étaient soignés dans les hôpitaux si on voulait bien les y admettre, le malade ne pouvait revendiquer une assistance ; il devra attendre 1893 pour acquérir le droit qui est donné dès 1838 à l'aliéné. Le législateur moderne aura à fixer l'étendue du droit au secours, non seulement à l'hôpital, mais aussi au dehors. Un système de prophylaxie mentale efficace ne saurait, en effet, se concevoir sans l'admission au droit aux soins de larges catégories d'assistés qui, pour l'instant, en sont exclus. Si, en 1838, l'état de la société permettait à peine de concevoir comme une forme d'assistance obligatoire le paiement des frais d'entretien dans les asiles, la société moderne, dont les interventions se sont infiniment multipliées bien en dehors de la simple assistance élémentaire dans un cadre rigide, se doit de prévoir des hypothèses nouvelles : allocation en vue de placement familial surveillé, allocations sous condition d'un certain genre de vie, etc..., etc...

Voici d'autres rapprochements à faire qui nous permettent d'élargir, en fonction des buts poursuivis, le champ de nos préoccupations et de nos recherches.

IV. La constatation de l'incapacité. — On parle souvent de l'incapacité juridique de l'aliéné interné, il s'agit d'une expression fausse. En réalité, le malade a une capacité juridique entière, mais sa maladie entraîne une incapacité de fait et non de droit Tel est le système auquel s'est arrêté le législateur de 1838.

Mais d'autres étaient concevables. L'absence de règles permettait au droit coutumier toutes sortes de variations dans la graduation de l'incapacité d'un sujet. L'interdiction, le conseil judiciaire, s'ils étaient des mesures courantes sous l'ancien régime, n'étaient pas des cadres rigides au moins en pays de droit coutumier, et le juge pouvait, à sa guise, fixer l'étendue de l'incapacité de chaque sujet. Le code civil introduit une rigidité toute nouvelle et le législateur de 1838, incapable de concevoir une dérogation à ce monument tout neuf qui commandait un infini respect, se contente de se couler dans le moule, en ajoutant seulement l'internement comme une présomption d'incapacité d'un caractère spécial, permettant d'attaquer même des actes à titre onéreux accomplis pendant l'internement, même après la mort du sujet, en violation de l'article 504 du code civil. Relevons au passage la pusillanimité de nos devanciers et les difficultés qui en découlent. Le système conçu par eux est mal compris même de civilistes praticiens. La cote mal taillée reste le point noir de cette législation.

A l'heure actuelle, le prestige du code civil s'étant beaucoup affaibli, ne peut-on concevoir une œuvre plus souple ? Nous connaissons mieux la psychologie de nos malades, ceux-ci d'ailleurs ne sont plus les mêmes que ceux qui étaient placés en 1838 ; nombre de sujets semi-lucides actuellement placés n'auraient jamais mis les pieds dans les asiles de 1838. Aussi, peut-on espérer que l'incapacité de fait résultant de la collocation sera organisée d'une façon toute différente de ce qu'on envisageait il y a un siècle.

Ne nous étonnons pas de ne trouver dans la législation aucun système dont nous puissions nous inspirer. Il faudra chercher dans les législations étrangères et ne se livrer à des extrapolations qu'en tenant compte du génie particulier de notre droit.

V. Gestion des biens. — C'est certainement en cette matière que la loi a le plus vieilli. La texture des fortunes s'est très profondément modifiée, la gestion en est devenue infiniment plus complexe. Toute une série d'actes juridiques doivent actuellement être envisagés, dont on n'avait aucune idée en 1838 ; exemple spécialement topique : les interventions qui incombent actuellement à un propriétaire à la suite de destruction par faits de guerre de tout ou partie de son fond.

En 1838, on se contente de se référer à l'administration provisoire prévue par le code civil dans le stade préparatoire de l'interdiction. Il ne saurait plus en être de même à l'heure actuelle.

C'est d'ailleurs un point où l'audace des législateurs du siècle dernier s'est arrêtée. Il est indiscutable qu'une des failles essentielles de la loi est la coexistence de deux systèmes concurrents : celui du code civil, de l'interdiction et du conseil judiciaire, celui de l'internement. Il en résulte des contradictions, des difficultés, que nous ne connaissons pas seulement sur le plan de la gestion des biens, mais qui se rencontrent aussi dans tous les autres domaines — sortie de l'interdit, frais de séjour, curatelle de l'interdit, etc... Notre législation devra être plus hardie et prendre définitivement un parti radical.

Il va de soi que nous ne pouvons nous étendre sur les analyses, les rapprochements indispensables pour repenser le problème de l'incapacité des aliénés. Bornons-nous donc à ces remarques.

Application pratique des données de l'analyse. — Arrivé à ce point de notre exposé, il nous paraît possible d'établir un bilan provisoire de la méthode suivie.

Nous avons montré que l'internement n'était pas une mesure intangible, un tout ou rien sans fissure, mais plutôt un aggloméraт d'attitudes prises dans des domaines différents.

L'étude rapide de chacune nous a permis de tracer à grands traits le plan des études préparatoires, auxquelles le législateur actuel devra se livrer avant de pouvoir à son tour prétendre satisfaire à ces besoins que la loi de 1838 avait comblés.

Mais nous pouvons tirer davantage de cette analyse : une pratique centenaire nous a montré la valeur de l'internement. Cette valeur réside dans le fait que cette mesure globale satisfaisait *tous* les problèmes posés par une situation concrète. Retenons donc que la loi nouvelle se devra dans chaque cas de donner une solution aux divers problèmes dont l'internement nous a fourni la liste.

Mais, au lieu d'envisager une réponse univoque, il nous est permis de prévoir au contraire toute une gamme de situations.

Un exemple sur un des problèmes les plus irritants de ces dernières années va nous montrer la fécondité de la méthode que nous proposons :

La société actuelle a des exigences que ne connaissait pas le législateur de 1838. Au premier rang, la nécessité de donner des soins à des malades mentaux dont le désordre est encore léger. Pour quiconque n'a pas accompli le travail d'analyse que nous avons proposé, le seul moyen d'aborder le problème est celui que nous avons constamment rencontré ces dernières années : certains malades devront être internés, certains autres ne devront

pas l'être. Les uns seront dans les asiles, les autres seront dans des services libres. Il est inutile d'énumérer toutes les discussions où chacun des antagonistes restait toujours sur ses positions, uniquement parce que le problème était mal posé.

Il nous apparaît à nous que l'internement lui-même, tel qu'il existait dans les conditions de 1838, ne peut guère être défendu ; au lieu de nous trouver prisonniers de la loi du tout ou rien : internement ou non internement, service fermé ou service libre, nous serons amenés à envisager, au contraire, toute une gamme de codifications des interventions de la société variables selon l'état du malade.

Les réformateurs traditionnels n'ayant pu se dégager de la notion d'internement se sont rabattus sur des réformes externes, médiates ; ne pouvant résoudre le problème du statut des personnes, ils ont conçu un statut des services nécessairement plus rigide, plus inhumain, plus éloigné de la réalité.

A l'opposé, on peut concevoir une solution beaucoup plus souple : tout d'abord, on dénombre, grâce à l'analyse des contenus de l'internement traditionnel, les directions dans lesquelles doit se développer l'action protectrice de la loi. D'autre part, dans chacune de ces rubriques, on prévoit les échelles diverses de la réglementation : divers degrés de liberté, divers degrés d'incapacité, etc..., etc... ; les deux tâches accomplies, il sera facile, en présence de chaque malade, de régler — dans une formule déterminant ces degrés réglementaires dans chaque classe — un statut juridique exactement adapté à l'espèce clinique et au cas social. La réglementation devra être assez souple pour permettre, au cours de l'évolution de la maladie, les modifications qui s'imposeront.

L'expérience quotidienne que nous avons de l'hôpital psychiatrique montre que certains sujets, même assez profondément troublés, bénéficient souvent d'une très large liberté, d'autres, au contraire, beaucoup plus légèrement atteints ou malades seulement de façon passagère, doivent connaître un régime très différent ; la variété des situations prévues par la nouvelle loi correspond à ce polymorphisme. Chemin faisant, nous découvrirons que toute une série d'autres mesures peuvent être prévues même pour des sujets non hospitalisés, toujours sur le même canevas.

Nous croyons que ce point de vue bouleverse totalement la manière d'envisager d'ordinaire les problèmes d'assistance et de soins, et permet d'aboutir à une entente entre des antagonistes jusque-là réputés irréductibles.

L'organisation de ces diverses mesures devra être telle qu'elle donne au malade et à la société une impression d'extrême libéralisme, elle devra permettre de lutter efficacement contre le tabou qui pèse sur l'aliéné, en supprimant ce que la ségrégation brutale et univoque a de choquant, en donnant à l'ensemble un aspect médical d'hospitalisation, en restituant à chaque malade le maximum de personnalité, de liberté, d'humanité qu'il peut assumer. Il ne faudrait pas oublier, à l'intention des praticiens, de simplifier au maximum les formalités médicales d'admission pour aboutir à une similitude complète avec l'hospitalisation.

Extension générale de la méthode

Cette façon de poser le problème se rapproche beaucoup de la manière dont nous sommes obligés d'aborder le classement nosologique de nos malades. On sait que la complexité des cas chroniques ne peut guère être résolue que par des formules polydimensionnelles (symptomatologie, évolution, étiologie, etc...). (N'est-il pas fréquent de remarquer que certains de ceux qui ne peuvent s'évader du dilemme internement-non internement sont aussi les seuls à défendre une nosologie univoque exclusivement étiologique, par exemple ?) La méthode que nous avons appliquée ne vaut certes pas seulement pour la mise en place du problème des attitudes sociales à l'égard du psychopathe. Dans un domaine voisin, elle peut se montrer féconde. N'y aurait-il pas lieu d'en faire l'essai pour résoudre le problème pendant des services d'hospitalisation ? L'hôpital psychiatrique de 1937 est né de la coalescence progressive de diverses institutions sur des plans très variés : les charités de l'ancien régime, le dépôt de mendicité, l'asile de 1838, les cliniques des Facultés, les services libres type Henri-Rousselle, l'idée que certains se sont fait d'un hôpital d'aigus, etc..., etc... L'analyse historique nous fournira la liste des besoins à satisfaire. Une synthèse de psychologie sociale tenant compte des facteurs actuels permettra de préciser ce que doit devenir l'établissement moderne.

Notre ambition a été ici de tracer une méthode ; il convient de l'utiliser ; nous l'avons appliquée à la législation française ; il faut faire de même pour les dispositions en vigueur à l'étranger. Mais il s'agit d'une étude minutieuse qui ne se contente pas d'envisager le détail des textes, qui doit aussi entrer dans la pratique de leur application, dans l'intimité de leurs préparations, qui doit les mettre en place dans le cadre général du droit public

du pays envisagé. De même que l'on ne peut pleinement comprendre ce qu'est l'internement de la loi de 1838 sans avoir une vue générale du droit français, il n'est pas possible de comprendre ce que sont les mesures danoises, américaines ou japonaises sans voir leur insertion dans le droit public de ces pays. Tout essai de transposition pure et simple consisterait à vouloir greffer une crête de poule sur la queue d'un chien. Il va sans dire cependant que de tels essais de compréhension seraient extrêmement fructueux, nous regrettons amèrement de ne pouvoir, faute de documentation sérieuse, entreprendre cette tâche pour quelques pays dont le régime d'assistance est particulièrement adapté.

Toutes ces études préliminaires sont indispensables : elles sont la condition *sine qua non* de toute édification juridique sérieuse. Nous savons fort bien qu'elles n'épuisent cependant pas le problème. Seule permet la prise de position finale une conscience claire des buts à atteindre.

Or, à l'heure actuelle, cette conscience semble avoir manqué à la plupart des réformateurs de la loi. Rares sont ceux qui ont tenté de vivre le drame aux cent épisodes, aux cent développements, du psychopathe dans le monde. Il faut vivre toutes les scènes de ce drame, connaître, par le menu, le rôle, les sentiments de chaque acteur, famille, société, médecin, organisation hospitalière, et, dans chacune de ces scènes, savoir ce qui est impliqué. Sachons bien que si la loi de 1838 est le monument que nous admirons, c'est que consciemment ou non la plupart de ses auteurs avaient accompli ce travail. Dans la structure sociale et politique actuelle, il s'agit d'une tâche infiniment plus complexe. C'est cependant celle qui s'impose à nous.

Au printemps dernier, un texte fut réclamé par le Ministère, nous ne manquâmes pas de dire que nous n'étions pas prêts. Nous fournîmes cependant avec M. X. Abély, qui en fut le principal rédacteur, un avant-projet inspiré par les analyses qu'on vient de lire. Nous savons fort bien que le travail est à peine ébauché. Il ne peut être l'œuvre d'un seul groupe, chaque institution doit être spécialement étudiée, pesée, analysée, reconstruite. Nous avons montré, à l'occasion du problème spécial de l'internement, la fécondité de cette méthode. Nous pensons qu'elle est la seule capable de doter notre droit d'un monument digne de son devancier.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Lundi 8 Juillet 1946

Présidence : M. E. MINKOWSKI, vice-président

PRÉSENTATIONS

Un débile calculateur de calendrier,
par MM. HEUYER, DAUPHIN et LEBOVICI.

Le jeune Nat... Claude, âgé de 22 ans, offre des dispositions particulières pour le calcul du calendrier.

OBSERVATION. — Il a été mis en observation dans le service de l'un de nous en vue d'un examen psychiatrique et d'un placement éventuel. Sa conduite est, en effet, très bizarre ; il ne peut se déterminer à aucun acte, aussi élémentaire soit-il, sans en avoir, au préalable, reçu l'ordre. Il en est, par exemple, ainsi pour l'alimentation, la miction, etc...

Notre malade est né en Allemagne et est arrivé en 1939 en France, fuyant les persécutions raciales. Son père était médecin, ne vivait plus depuis longtemps avec sa famille. Il est mort d'urémie chronique. Sa mère a 47 ans et est en bonne santé. Un frère a 17 ans et est en bonne santé.

Des renseignements très fragmentaires que l'on possède sur les antécédents du sujet, il apparaît que son premier développement a été normal, jusqu'à 5 ans, âge où serait survenue une méningite. En Allemagne, il n'avait pu suivre aucune école de façon suivie ; il a reçu, en France, quelques leçons particulières. Pendant l'occupation, il aurait suivi quelques leçons de dactylographie, mais, semble-t-il, sans grand succès (une page en 10 minutes avec de très nombreuses fautes).

En fait, en dehors d'une connaissance assez bonne de la langue

française, avec une bonne orthographe (niveau scolaire autour de 10 ans), il n'a rien appris. Il est paresseux et fort satisfait de son comportement bizarre dont il parle avec vanité et puérilité.

Le quotient intellectuel au Terman est de 0,70, avec un niveau mental de 10 ans 6 mois. Il faut évidemment tenir compte de certaines difficultés qu'éprouve le sujet dans le maniement de la langue. Les réponses positives sont très dissociées. L'âge mental de base est de 9 ans. Le sujet fait encore un test de 14 ans et assez difficile (différence entre un roi et un président de la république).

Disons de suite que l'examen physique de notre malade est normal.

Au cours de l'examen, le sujet nous révélé ses dispositions pour le calcul des dates de calendrier. En effet, il est capable :

1° d'annoncer le jour de la semaine correspondant à une date donnée ;

2° de donner le quantième du mois correspondant à un jour donné.

Il le fait immédiatement pour les dates comprises entre 1931 et 1946 ; mais par un calcul simple, il remonte beaucoup plus en arrière, jusqu'au début du xx° siècle, et il est capable de faire des prévisions exactes jusqu'en 1950.

Il est extrêmement curieux de l'observer au cours de ces expériences. La réponse est quasi-immédiate, généralement précédée de : « C'est très simple, je le sais par cœur. » Voici quelques exemples :

— 20 juillet 1932, un mercredi, parce que le 20 juillet 1933, son grand-père a uriné du sang, et c'était un jeudi.

— 15 avril 1934, c'était un dimanche. Il a fait très chaud.

— 25 juillet 1935, c'était un jeudi, parce que le 28, la gouvernante avait son anniversaire, et c'était un dimanche. De même le 21, il a eu la colique, et il a dû se lever à 6 h. du matin.

On peut évidemment se demander si le sujet est sincère, et nous avons été frappés par la fréquence des repères météorologiques fort peu significatifs (il a plu, il a neigé...) ou des repères insignifiants (les cloches ont sonné, par exemple). Il est cependant impossible qu'il soit capable d'utiliser les procédés mathématiques pour le calcul du calendrier grégorien. L'un de nous a, dans une publication antérieure, résumé les détails de ce calcul qui est assez compliqué, nécessite la connaissance de certains repères qu'on appelle lettres dominicales et de chiffres qu'on appelle les réguliers. Notre calculateur ne peut les connaître. On peut s'en assurer lorsqu'on assiste au long calcul qui lui est nécessaire lorsque l'année demandée est antérieure à 1931. Il doit alors se livrer à un fastidieux calcul, en remontant année par année et en tenant compte des années bissextiles.

Il semble s'agir d'une hypermnésie très spéciale aux dates du calendrier, d'ailleurs certainement cultivée soigneusement par notre sujet. En effet, le malade a une très mauvaise mémoire des noms (il a souvent oublié le nom de l'infirmière surveillante de la salle où il est couché). Il connaît fort mal les dates de l'histoire de France ou d'Allemagne. Il est en outre très médiocre en calcul mental et ses connaissances ne dépassent pas la table de multiplication par 9.

En somme, le malade que nous avons l'honneur de vous présenter est un sujet à la limite de la débilité intellectuelle, présentant des dispositions spéciales pour le calcul du calendrier. Elles sont en rapport avec une hypermnésie très localisée à ce domaine. Par ailleurs, sa débilité semble due à des accidents méningés survenus dans sa sixième année. Il semble que cette hypermnésie, l'absence d'affaiblissement intellectuel réel et de dissociation de la pensée puissent faire éliminer le diagnostic de schizophrénie un moment envisagé.

Sur une maladie familiale caractérisée par l'association d'oligophrénie, d'aniridie et de cataracte congénitale, par MM. Jean Delay et Pierre Pichot.

L'hétérogénéité génotypique des oligophrénies familiales a été soulignée par de nombreux auteurs, et on a déjà réussi à isoler de ce cadre complexe un certain nombre d'affections bien caractérisées. En 1935, Sjögren rapportait 34 cas d'une affection familiale associant une oligophrénie et une double cataracte congénitale. L'observation que nous présentons concerne une affection voisine, mais cependant nettement distincte, et dont nous n'avons pas retrouvé d'analogue dans la littérature.

Observation. — Ga..., Jeanne, âgée de 15 ans, est hospitalisée à la Fondation Vallée de l'hospice de Bicêtre, depuis le mois de mars 1942, avec le certificat suivant : « Arriération mentale très marquée avec turbulence, instabilité, fugues, troubles du caractère, colères, vols, multiples stigmates dégénératifs : strabisme, nystagmus, graves lésions oculaires bilatérales. Actuellement âgée de 15 ans, Jeanne présente un développement physique normal du point de vue statural et pondéral. Elle n'est pas encore réglée, mais ses caractères sexuels sont normalement développés.

L'examen général ne montre aucune anomalie. L'examen neurologique, en particulier, est négatif. Par contre, deux ordres de symptômes attirent l'attention.

Les symptômes ophtalmologiques : l'acuité des deux côtés est de environ 1/20e. Il existe un nystagmus bilatéral horizontal. On note, des deux côtés, une aniridie à peu près complète avec seulement conservation de la partie tout à fait périphérique de l'iris. A l'œil droit, il existe une cataracte polaire antérieure.

Les symptômes psychiques comprennent : une débilité mentale profonde. A l'échelle de Standford Terman, l'âge mental est de 4 ans 3 mois, soit un quotient intellectuel de 0,30. Des troubles du comportement, qui ont en grande partie motivé son internement. Ils se sont légèrement amendés ; actuellement une grosse instabilité, des impulsions coléreuses fréquentes.

Des examens complémentaires ont été pratiqués : ponction lombaire montrant un liquide céphalo-rachidien normal : albumine 0,25, 1,6 éléments à la cellule de Nageotte, sucre et chlorures normaux. Le Bordet-Wassermann est négatif. L'encéphalographie gazeuse, après injection de 90 cc. d'air, nous a montré des ventricules normaux et une corticalité bien injectée.

Par ailleurs, on ne relève rien de notable dans les antécédents personnels de Jeanne. La grossesse a été normale. L'accouchement s'est fait à terme et a été normal. L'enfant n'est pas née en état d'asphyxie. Elle a marché à deux ans.

L'étude familiale apporte des renseignements du plus grand intérêt. Le grand-père maternel était ouvrier agricole. Nous n'avons pas de renseignements sur son niveau intellectuel. Il avait un nystagmus et vraisemblablement une cataracte congénitale (sa vue était très faible, aux dires de la mère de la malade).

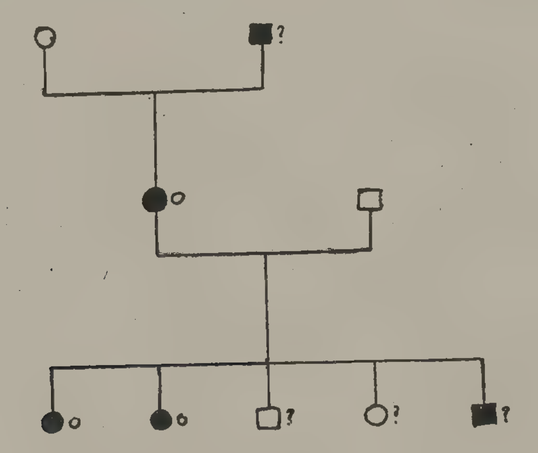
La mère, que nous avons pu examiner, est une débile mentale. Elle ne travaille pas, sait à peine lire et écrire. Au point de vue oculaire, elle présente, des deux côtés, une aniridie partielle réalisant un pseudo-colobome inféro-interne. Il existe un nystagmus horizontal avec quelques composantes verticales. On note une cataracte bilatérale, constituée à gauche par des poussières antérieures dans le secteur du colobome, à droite par une cataracte zonulaire dans le secteur du colobome également. Le Bordet-Wassermann de la sœur est négatif. Notre malade a eu quatre frères et sœurs :

Huguette, née en 1937, a été examinée en 1940, au point de vue ophtalmologique. On aurait alors constaté un nystagmus et une cataracte bilatérale. Nous n'avons pas de renseignements sur l'état de l'iris. Sur son état intellectuel, nous possédons des renseignements qui nous ont été communiqués par son institutrice : il s'agit d'une grande débile. Agée de 9 ans, elle suit difficilement une classe d'enfants de 5 ans. Elle sait à peine lire et écrire. Au point de vue caractériel, on a noté un puérilisme très marqué, une émotivité excessive et des impulsions coléreuses.

André, frère de la malade, est né en 1941, décédé en 1942. Il n'aurait présenté aucune manifestation oculaire anormale, de même que Raymonde, née en 1944, décédée en 1945.

Claude, né en 1945, est actuellement âgé de 7 mois. Il présente une cataracte polaire antérieure bilatérale, un nystagmus vertical avec quelques secousses horizontales paraissant pendulaires et quelques secousses rotatoires. L'absence de sphincter irien est presque totale. L'iris est réduit à son cinquième périphérique.

Cette observation présente plusieurs points intéressants : le syndrome oculaire présenté par cinq membres de cette famille est classique. Il est très anciennement connu et a donné lieu en 1939 à une étude d'ensemble de Nakuo et Yasutaki. Ces auteurs ont conclu qu'il s'agissait d'une affection autonome, caractérisée



essentiellement par une aniridie, à laquelle s'associent dans 67 % des cas une cataracte, et dans 43 % des cas un nystagmus. Cette maladie est familiale à hérédité dominante régulière. Ils ont signalé qu'elle devait être différenciée d'une affection voisine, beaucoup plus rare, où était associée une agénésie de la macula et qui était liée à une hérédité récessive. Du point de vue ophtalmologique, notre cas rentre dans le cadre de l'aniridie à hérédité dominante.

Mais le fait qui mérite surtout d'être discuté est l'association du syndrome oculaire à une oligophrénie, la corrélation entre les deux, dans les cas où nous possédons des renseignements précis, paraissant parfaite. Il est intéressant de rapprocher ce fait de la maladie décrite par Sjögren sous le nom de « staroligophrénie » et caractérisée par l'association d'une oligophrénie et d'une cataracte bilatérale congénitale. Cette maladie obéit aux lois de l'hérédité récessive. L'étude en a été reprise en 1944 par Brugger qui, au cours d'une vaste enquête, a réuni 35 cas de cette association.

Ses conclusions confirment le point de vue de Sjögren sur la récessivité, mais sont moins nettes en ce qui concerne la corrélation absolue entre les deux ordres de manifestations. Il existe incontestablement une liaison entre elles, car si la combinaison se faisait au hasard, en raison de la fréquence propre des deux maladies, l'auteur n'aurait pu retrouver en Suisse plus de 5 ou 6 cas de la maladie et non 35 comme il en a retrouvé en fait. Mais cette corrélation dans les arbres généalogiques n'est pas absolue. Aussi, Brugger cherche-t-il à expliquer ce couplage par une influence réciproque des deux gênes, les manifestations phénotypiques étant plus fréquentes quand les gênes sont présents simultanément dans le génotype.

Notre cas, s'il présente quelques analogies avec la staroligophrénie, s'en différencie avec netteté, à la fois par ses manifestations oculaires et par son mode de transmission. Il réalise une association non encore signalée entre deux ordres de manifestations, oculaires et psychiques. Le nombre de cas que nous avons pu observer est insuffisant pour que nous puissions avancer des conclusions fermes. Nous ne pouvons que soulever différentes hypothèses :

Association fortuite entre la malformation oculaire et l'oligophrénie. L'analogie avec la maladie de Sjögren est peu en faveur de cette solution.

Couplage suivant l'hypothèse de Brugger.

Maladie autonome liée à un gêne dominant à effet pléiotropique entraînant à la fois des anomalies dans le développement de la vésicule optique et dans celui du cerveau. Cette solution, bien que séduisante, n'est qu'hypothétique et demanderait à être confirmée par l'examen systématique du psychisme des sujets atteints d'aniridie et par leur étude généalogique approfondie.

Maladie microcéphalique familiale et pseudo-microcéphalies symptomatiques. Valeur diagnostique de l'encéphalographie gazeuse, par MM. Jean Delay et Pierre Pichot.

Si la notion de maladie microcéphalique familiale, « microcephalia vera », est relativement récente, les éléments dont elle est l'aboutissant sont très anciens. Dès 1867, Karl Vogt, dans son mémoire sur « Les microcéphales ou hommes-singes », signalait l'existence de cas familiaux liés à une hérédité récessive — la notion de récessivité étant évidemment implicite dans cette

étude antérieure aux travaux de Mendel. Il déclarait : « Père et mère sont forts et robustes. Toutefois, si l'on voulait nier en se fondant sur ces faits une certaine disposition chez les parents, on serait vite contredit par les cas assez nombreux où plusieurs enfants microcéphales naissent conjointement avec d'autres enfants sains du même couple. » D'autre part, Giacomini, en 1890, dans son travail « I cervelli microcephali », créait sur des bases anatomopathologiques la distinction restée classique entre microcéphalie vraie ou primitive et pseudo-microcéphalies secondaires.

La malade que nous présentons est un cas remarquable de microcéphalie vraie familiale.

Observation. — Le M..., Gisèle, est entrée, en juillet 1935, à la Fondation Vallée de l'hospice de Bicêtre, avec le certificat suivant : « Est atteinte d'arriération mentale profonde avec microcéphalie. Réflexes rotuliens vifs. Frère à la colonie de Perray-Vaucluse. »

La malade, âgée de 17 ans, est de petite taille, alors que ses parents sont de taille normale. Elle garde, en général, une attitude pithécoïde très caractérisée, les jambes demi-fléchies, le corps incliné en avant, les avant-bras repliés sur les bras. La microcéphalie est très marquée, le périmètre céphalique maximum est de 43 cm. Contrastant avec le faible développement du crâne, la face est normalement développée. Les pavillons de l'oreille sont soudés. Les jambes sont en *genu varum* très marqué, entraînant une démarche caractéristique. Il n'existe pas d'autres malformations.

L'examen neurologique, rendu difficile par l'état mental, montre des réflexes rotuliens et achilléens vifs des deux côtés. La force musculaire et le tonus paraissent normaux. Il n'y a pas de troubles extra-pyramidaux ni de mouvements anormaux. Le réflexe cutané-plantaire se fait en flexion des deux côtés.

Au point de vue psychique, le niveau intellectuel au Binet-Kühlmann est d'environ deux ans. Le quotient intellectuel, de 0,10, du niveau de l'idiotie. La malade ne parle pas mais comprend quelques ordres simples. Elle présente de gros troubles du comportement et n'obéit qu'aux personnes qu'elle connaît. De temps à autre, surviennent des colères explosives avec brutalités sur les autres enfants.

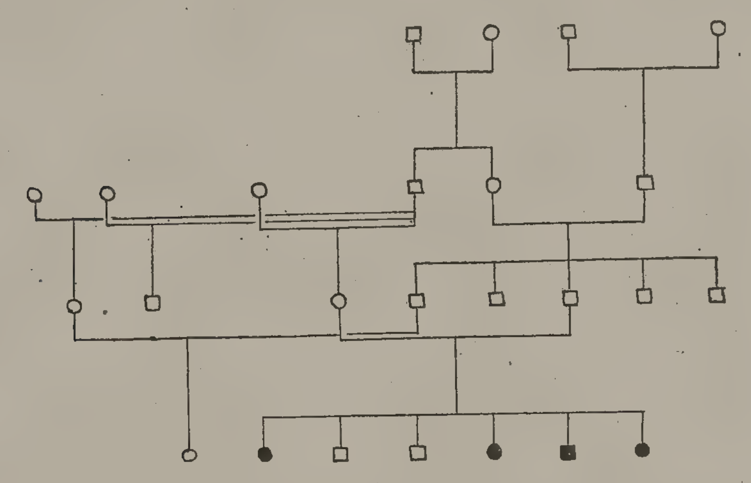
La ponction lombaire montre un liquide céphalo-rachidien normal, albumine 0,32, sucre et chlorure normaux, Bordet-Wassermann négatif.

L'encéphalographie gazeuse montre des ventricules sensiblement normaux, non dilatés et symétriques, par contre une corticalité très injectée avec élargissement des sillons.

Dans les antécédents personnels de la malade, il n'existe rien d'anormal.

L'enquête familiale, résumée par l'arbre généalogique, montre des éléments très caractéristiques. Du côté paternel et maternel, on ne retrouve aucune anomalie physique ou psychique, mais le père et la mère sont cousins germains, le grand-père maternel et la grand'mère paternelle étaient frère et sœur. La famille comprend six enfants.

Aimée, née en 1921, est entrée à la Fondation Vallée en 1926, avec le certificat suivant : « Est atteinte d'idiotie microcéphalique avec absence de langage, mouvements automatiques de rotation de la tête, gâtisme, nombreux tics, kronomanie, absence de marche. » Elle est décédée deux mois plus tard.



Frédéric, né en 1923, est absolument normal, de même que Jean, né en 1927.

Gisèle, notre malade, est née en 1929.

Guy est né en 1930. Il était atteint d'oligophrénie microcéphalique et est décédé, en 1939, à Sainte-Geneviève-des-Bois, où il était placé.

Monique, née en 1934, est actuellement placée dans un établissement privé. Elle est également atteinte d'oligophrénie microcéphalique. Son niveau mental serait un peu supérieur à celui de notre malade : elle reconnaîtrait les lettres de l'alphabet.

Enfin, la mère a fait huit fausses-couches provoquées. Elle possède des renseignements sur l'état de trois des fœtus dont deux étaient microcéphales.

Signalons que, malgré la négativité de Bordet-Wassermann répétés, la mère a été traitée au novar et les enfants au bismuth.

Cette observation présente différents points intéressants. La notion de microcéphalie familiale est très ancienne, puisque nous l'avons vue signalée par Karl Vogt en 1867. Cependant, cette affection est relativement rare. Stringaris, dans une revue géné-

rale de 1929, n'en relevait que 21 cas. Depuis, un cas a été publié en 1932 par Magliano et Rimoldi et un par Brummelkamp en 1939. Dans les cas rares où l'autopsie a été pratiquée (cas de Brummelkamp en particulier), il s'agissait de microcéphalie vraie.

Cependant, il existe des cas de microcéphalie vraie où le caractère familial n'est pas signalé. En réalité, en admettant que la maladie soit liée à une hérédité récessive monomérique, la probabilité de rencontrer des oligophrènes microcéphales est de 1/4 par rapport à l'ensemble de la descendance. Il peut par suite exister des cas d'apparence sporadique qui en réalité font partie de la même affection. Le cas de Martin Vogler étudié de façon détaillée par von Monakow est vraisemblablement de ce type. Cet idiot microcéphale vrai n'avait qu'un frère et qui était normal. Or, la probabilité pour que ce frère soit microcéphale était seulement de 1/4. D'ailleurs, les parents étaient consanguins, ce qui confirme la vraisemblance du diagnostic.

Il semble donc bien qu'il faille distinguer, dans le cadre hétérogène de l'oligophrénie microcéphalique, la microcéphalie vraie, maladie familiale, et les pseudo-microcéphalies secondaires à une encéphalite, à l'action d'agents physiques tels les rayons X, ou constituant un des éléments d'une maladie bien caractérisée comme le mongolisme.

L'oligophrénie microcéphalique familiale est liée à une hérédité récessive. Nous ne possédons pas de données assez nombreuses pour préciser les modalités exactes de cette hérédité. Elle n'est pas en tout cas liée au sexe. Il est par ailleurs possible qu'il s'agisse d'une hérédité polymérique, ce qui expliquerait l'hétérogénéité des résultats d'autopsie. En effet, dans un travail récent, Brummelkamp, sur un cas personnel et cinq cas recueillis dans la littérature, a montré que le coefficient de céphalisation de Dubois, calculé sur le cerveau de microcéphales vrais, était un sous-multiple exact du coefficient normal humain. Il était égal à la moitié, le quart ou le seizième de ce coefficient. Un point que nous devons également souligner est le résultat de l'encéphalographie gazeuse. Cécile Vogt dans un article classique a signalé la constance absolue de la coexistence d'hydrocéphalie et de microcéphalie. Ceci est inexact en ce qui concerne la microcéphalie vraie. Si dans les pseudo-microcéphalies il existe fréquemment une dilatation ventriculaire passive liée à l'atrophie cérébrale, dans la microcéphalie vraie les ventricules sont normaux. Cette opposition avait déjà été entrevue par Morselli en 1934, qui souligna l'intérêt de l'encéphalographie gazeuse pour le diagnostic différentiel des deux affections.

Paralysie générale, paraplégie spasmodique, syndrome adiposo-génital chez un enfant de onze ans, par MM. L. Marchand, M. Brissot et Mme Boittelle-Lentulo.

Chez l'enfant que nous présentons, fait rare et particulier, trois syndromes se trouvent associés. Nous discuterons leur pathogénie après avoir exposé l'observation de ce malade.

Observation. — François V..., âgé de 11 ans, est né trois semaines avant terme. La grossesse fut pénible. La mère reçut, dit-elle, dès le quatrième mois, un traitement par des piqûres. L'enfant eut sa première dent à 6 mois ; il commença à parler à deux ans et demi ; il fit ses premiers pas à 17 mois. A cet âge, un arrêt se produisit et il ne put marcher de nouveau qu'à 23 mois ; sa mère remarqua qu'il traînait un peu la jambe droite. A 3 ans, crise convulsive suivie d'une hémiparésie droite qui ne dura qu'une quinzaine de jours. A ce moment, l'enfant se servait plus volontiers de sa main gauche. A 4 ans, il commença à reconnaître les personnes de son entourage, pouvant alors, dit sa mère, conserver le souvenir des choses ou des endroits qu'il avait vus. Dans la suite, il présenta toujours une grande instabilité et resta un arriéré.

Son père, de santé fragile, mourut à 43 ans de cancer gastrique. Sa mère serait bien portante, elle n'a pas répondu à notre invitation de se faire examiner le sang ; notons qu'avant la naissance de François elle eut une fille née avant terme et qui mourut rapidement.

Ce n'est qu'à la fin de l'année 1945 que François manifesta une plus grande instabilité et des troubles nerveux. Il fut hospitalisé, en mai 1946, dans le service du Dr Heuyer, puis à l'hôpital Henri-Rousselle, d'où il fut dirigé sur la Colonie de Perray-Vaucluse, avec le diagnostic de paralysie générale infantile.

François se présente comme un arriéré. Son poids est de 28 kg. pour une taille de 1 m. 27. Sa face est ronde ; les bosses frontales sont assez développées ; à la région pariéto-occipitale droite, présence d'une cicatrice du cuir chevelu. Voûte du palais ogivale ; implantation vicieuse des dents, qui ne présentent pas les caractères des dents d'Hutchinson. Le corps thyroïde paraît normal. Ectopie et atrophie testiculaires bilatérales. La verge est petite. L'abdomen et les hanches sont extrêmement adipeux ; le ventre est tombant. Les racines des membres sont moyennement volumineuses. L'adiposité affecte peu les régions thoraciques. Les seins sont nettement atteints de gynécomastie.

Au point de vue mental, le malade se présente comme un enfant craintif mais souriant. Il connaît son nom. On a beaucoup de peine à obtenir des réponses qui sont monosyllabiques ; les quelques phrases qu'il prononce s'accompagnent d'une syntaxe primitive ; il parle de lui à la troisième personne. A l'examen du niveau mental par les

tests Binet-Simon, il n'atteint pas le niveau de 3 ans. Approbativité incohérente ; légère excitation ; il chante des bribes de chanson ; propos grossiers. L'alimentation est difficile ; gâtisme complet.

L'examen neurologique décèle une paraplégie spasmodique. L'enfant est incapable de se tenir sur les jambes. Les membres inférieurs sont tenus en demi-flexion et il est impossible de les mettre passivement en extension. Atrophie musculaire généralisée. Les pieds sont en équinisme. Les réflexes rotuliens sont très vifs, surtout du côté droit. Les réflexes achilléens sont difficiles à obtenir en raison d'une ankylose tibio-tarsienne. Pas de clonus des pieds, ni des rotules. Signe de Babinski du côté gauche seulement. Réflexe de Rossolino positif. Les réflexes abdominaux sont difficiles à rechercher à cause de l'obésité de l'abdomen. Aux membres supérieurs, les réflexes sont normaux ; la force musculaire est bien conservée des deux côtés. Légère ataxie au cours des mouvements. Pas de tremblement intentionnel.

Les pupilles sont en mydriase et rigides ; elles ne réagissent qu'à l'accommodation. La vision semble normale. L'instabilité du malade a empêché la recherche du fond d'œil.

Réaction de Bordet-Wassermann positive dans le sang.

Liquide céphalo-rachidien : alb. 0,40 ; réactions de Pandy et de Weichbrodt négatives ; lympho. 24,6 ; benjoin 22222.222226.20000 ; glycémie 0,80 ; urée sanguine 0,27 ; cholestérolémie 2 gr. La recherche du métabolisme de base n'a pu être faite à cause de l'agitation de l'enfant.

Une ventriculographie, pratiquée dans le service du Dr Heuyer, n'aurait décelé aucune anomalie.

Ainsi, cet enfant est atteint de paralysie générale, de paraplégie spasmodique et d'un syndrome adiposo-génital.

C'est la syphilis héréditaire et non la syphilis acquise qui nous paraît être la cause de la paralysie générale. Quoique nous n'ayons pu rechercher la spécificité chez la mère, nous savons que celle-ci a eu une première grossesse terminée par un accouchement prématuré, suivi de la mort rapide de l'enfant, que le malade qui fait l'objet de cette présentation est né trois semaines avant terme et que la mère a suivi après l'accouchement un traitement par des piqûres. Nous notons, comme le fait est fréquent dans la paralysie générale infantile, que les premières atteintes nerveuses ont eu lieu dès la première enfance. On peut admettre qu'elles étaient déjà des manifestations de syphilis héréditaire.

La pathogénie de la paraplégie spasmodique peut prêter à discussion. La paraplégie est-elle causée par des lésions méningo-encéphaliques ou par des lésions de méningo-myélo-radiculite ? Nous inclinons pour la deuxième pathogénie en notant que les mouvements des membres supérieurs sont relativement bien

conservés. Le processus syphilitique intéresse à la fois le cerveau et la région dorso-lombaire de la moelle. Ce malade n'a encore reçu aucun traitement et nous ne savons pas jusqu'à quel point les lésions aussi bien cérébrales que médullaires sont irréversibles.

Plus délicate est l'interprétation pathogénique du syndrome adiposo-génital. S'agit-il d'un syndrome de Babinski-Frœhlich par altération thyroïdienne, par agénésie des organes sexuels, par altération de l'hypophyse seule, par lésion du diencéphale ?

Notre sujet ne présente aucun des symptômes de la série hypothyroïdienne, et nous ne pensons pas que l'atrophie des testicules cryptorchides ait pu déterminer ce syndrome. La seule atteinte de l'hypophyse nous paraît peu soutenable, puisque la ventriculographie n'a décelé ni altération de la selle turcique, ni hydrocéphalie interne assez considérable pour comprimer la glande. Quoique notre sujet ne présente ni polydypsie, ni glycosurie, ni somnolence, nous pensons que le syndrome adiposo-génital est en rapport avec des lésions du plancher du troisième ventricule. Il est reconnu que la syphilis et surtout la syphilis héréditaire est la cause la plus fréquente des syndromes infundibulaires [Lhermitte, Kyriaco (1)]. Notre observation peut être rapprochée de celles de Delay, Targowla et Follin (2), de Sainton et Boittelle (3). Les lésions seraient de même nature que celles qui conditionnent la paralysie générale, c'est-à-dire des lésions de méningo-encéphalite basilaire spécifique, tout en admettant l'atteinte possible concomitante de l'hypophyse. Ainsi, nous arrivons à la conclusion que les trois syndromes présentés par notre petit malade relèvent du processus hérédo-syphilitique.

Discussion

M. Jean Delay. — Les associations de syndrome adiposo-génital et de paralysie générale juvénile sont loin d'être rares et s'expliquent par l'existence de lésions de méningo-encéphalite syphilitique de la région hypothalamo-hypophysaire. J'en ai déjà recueilli 4 observations. Dans l'une, un résultat thérapeutique heureux fut obtenu à la fois sur la paralysie générale juvénile et le syndrome adiposo-génital par l'association de pénicilline et d'opothérapie par l'hormone gonadotrope hypophysaire.

(1) Kyriaco. — Syndromes infundibulo-tubériens. *Thèse de Paris*, 1932.
(2) Delay (J.), Targowla (R.) et Follin (S.). — Paralysie générale juvénile et infantilisme endocrinien. *Ann. méd.-psych.*, t. II, 1942, p. 358.
(3) Sainton et Boittelle (G.). — Paralysie générale infantile et hypopituitarisme. *Sem. des hôp. de Paris*, 1945, p. 538.

Méningo-encéphalite ourlienne. Délire fixe post-confusionnel,
par M. J. DE AJURIAGUERRA et Mlle PLATTARD.

Dans le tableau clinique des oreillons, les manifestations neurologiques ne sont pas exceptionnelles. La méningite ourlienne (syndrome méningé clinique) est relativement assez fréquente. Des méningo-encéphalo-myélites ou même des encéphalites ourliennes pures ont été décrites. On sait aussi que certains auteurs ont présenté des cas intitulés méningo-encéphalites ourliennes autonomes.

Plus rares sont les observations avec troubles mentaux et surtout avec persistance des troubles psychiques après la fin de la maladie ourlienne.

OBSERVATION. — La malade B..., âgée de 37 ans, est entrée, le 24 avril 1946, à Henri-Rousselle. Le 15 avril, elle avait présenté une parotidite ourlienne. Le diagnostic était facile, car, quelques semaines plus tôt, son fils, âgé de 7 ans, avait été atteint de la même maladie, de façon d'ailleurs très bénigne. La tuméfaction, était modérée, non douloureuse, la température resta normale jusqu'au 18 avril, date à laquelle elle monta à 40° ; en même temps, la malade se sentit très fatiguée. L'élévation thermique persista, pendant quelques jours, aux environs de 39°. La malade ne se plaignait pas de céphalées, n'eut aucun vomissement. Le 22 avril, apparut un état confusionnel avec anxiété sans agitation, refus d'aliments et de médicaments, insomnie. Elle fut hospitalisée 2 jours après. L'examen, dès son entrée, révéla un état d'anxiété et de subexcitation : elle refusait de se laisser examiner, répondait toutefois à l'interrogatoire. Elle était désorientée et exprimait des idées de persécution mal systématisées : une bande, dont faisait partie son mari, la poursuivait, ainsi que la police et tout l'entourage, même les médecins ; ses persécuteurs agissaient sur elle par l'intermédiaire d'un radium ; ils cherchaient à la charger d'un vol et à la tuer. Deux épisodes récents la préoccupaient particulièrement : elle avait ramassé un billet de 10 francs que quelqu'un avait laissé tomber devant elle, et elle avait été victime de son coiffeur qui lui avait versé un liquide dans le crâne. La malade paraissait présenter — mais il est difficile de l'affirmer — des phénomènes hallucinatoires auditifs, mais non visuels; toutefois, on ne pouvait lui faire préciser ce qu'elle entendait. Elle était alors apyrétique. On ne nota ni signe de Kernig, ni signe de la nuque. La motilité oculaire était normale. La première ponction lombaire pratiqée (25 avril) indiqua : albumine 0,35 ; Pandy ± ; Weichbrodt — ; leucocytes 308 ; benjoin 00000.22222.00000 ; Meinicke, Hecht et Bordet-Wassermann — — — ; amicrobie apparente. Le dosage d'urée sanguine du 27 avril montra 0,71 gr.

Le 27 avril, la malade, de plus en plus opposante, ne répondait pas aux questions, mais présentait des troubles du langage, répétait à 5 ou 6 reprises une même phrase dont certaines semblaient en rapport avec ses hallucinations auditives : « Il faut la faire disparaître, c'est une méchante femme », etc... D'autre part, elle répétait en écho les phrases prononcées autour d'elle. Ces troubles disparurent les jours suivants. L'examen physique complet était rendu difficile par l'attitude de la malade qui se raidissait dès qu'on voulait l'examiner. Les réflexes tendineux des membres inférieurs étaient vifs, mais difficiles à rechercher. Le réflexe cutané-plantaire, indifférent à droite, montrait une tendance à l'extension à gauche ainsi que le réflexe d'Oppenheim du même côté. La motilité et la sensibilité semblaient normales.

Une nouvelle ponction lombaire, le 29 avril, montra : albumine 0,20; leuco. 38 ; benjoin 00000.01210.00000. Azotémie à la même date 0 gr. 45. Les ponctions lombaires suivantes indiquèrent la chute progressive du nombre des leucocytes : 10 le 10 mai et 3 le 1er juin. Aucune anomalie du reste de la formule.

L'état psychique de la malade ne s'améliorait pas parallèlement. Si le traitement anti-infectieux et en particulier les ponctions lombaires parurent avoir un rôle bienfaisant sur l'évolution de l'état confusionnel qui disparut progressivement, il persistait néanmoins un état d'anxiété et des idées de persécution ; celles-ci se modifièrent peu dans leurs grandes lignes, mais s'enrichirent d'interprétations portant sur le passé et le présent : on lui fait des piqûres pour pratiquer des expériences sur elle, on introduit quelque chose en faisant la ponction lombaire, elle lit dans les journaux qu'on va la tuer, elle reconnaît des personnes de sa famille dans les livres ; elle refuse de parler à son mari quand il vient la voir, persuadée qu'il la faisait suivre dans la rue avant sa maladie.

Une série d'électro-chocs, commencée le 18 mai, sembla augmenter l'anxiété de la malade et ne fut pas continuée. La pyrétothérapie (huile soufrée), tentée ensuite, n'eut aucune action favorable.

C'est ainsi qu'actuellement, deux mois et demi après le début des troubles mentaux, la malade reste anxieuse et persécutée : son attitude est craintive et méfiante, elle élude les questions en disant qu'elle va bien et lorsqu'on insiste, elle fond en larmes en demandant de quoi on l'accuse, ce qu'on va lui faire subir, où elle va être menée et elle affirme en même temps sa confiance en Dieu. Son principal persécuteur reste son mari qui veut la faire disparaître, la faisait suivre dans la rue dans ce but, et cachait son jeu sous une apparente gentillesse, mais « lui faisait du mal par derrière ». Si l'on tente de lui faire préciser comment elle a acquis ces convictions (la malade a été interrogée pendant la narcose), elle répond seulement qu'elle s'est aperçue de tout cela ici, mais ne peut dire à la suite de quel fait ; avant son entrée, elle n'en avait aucun soupçon, « car, dit-elle, son mari la transformait en idiote ». Accessoirement, elle accuse les médecins qui l'ont soignée et le coiffeur qui lui a versé un liquide dans le cerveau. Il ne

semble pas qu'il existe actuellement aucun phénomène hallucinatoire. L'orientation est approximative ; on remarque quelques troubles de la mémoire : ainsi, elle ne se rappelle qu'avec difficulté la date de sa naissance et de son mariage. Elle lit et s'occupe un peu dans la journée. L'examen neurologique est négatif ; on note une tendance à l'extension du réflexe cutané-plantaire gauche.

Les antécédents de cette malade n'offrent aucune particularité qui pourrait expliquer une évolution aussi atypique des troubles mentaux uus à la méningo-encéphalite ourlienne : elle n'a eu aucune maladie importante, pas de fausse-couche, a un enfant de 7 ans bien portant. De caractère gai et égal, elle s'entendait bien avec son mari et avec l'entourage, était parfaitement normale avant sa maladie. Instruction primaire, pas de C.E.P. ; mais elle passait pour intelligente et « débrouillarde », elle faisait quelques ménages, a élevé son fils seule pendant l'absence du mari prisonnier.

Un fait récent, qui a frappé beaucoup la malade et son mari, doit être signalé : le 4 avril, 11 jours avant le début de la parotidite, la malade s'était fait faire une permanente qui fut beaucoup trop chauffée ; le soir, elle était fatiguée et abattue et présentait des phlyctènes sur la nuque et le cuir chevelu. Les jours suivants, elle n'éprouva rien de particulier.

Les antécédents familiaux ne révèlent aucune tare psychopathologique.

En résumé, nous rapportons l'observation d'une malade ayant présenté au cours de l'évolution des oreillons un syndrome confusionnel avec anxiété et onirisme ; les troubles persistent sous la forme d'idées fixes post-oniriques de persécution, telles qu'on les voit décrites dans d'autres syndromes toxi-infectieux. Les divers traitements appliqués se sont montrés inefficaces. En outre, cette malade atteinte d'une méningite liquidienne manifeste n'a présenté à aucun moment un syndrome méningé clinique.

Des formes psychosiques à type confusionnel ont été décrites par Urechia et Elekes, Lassalle et Passa, Painchaud et Caron, Auvray, Chaptal, Meinnier et Mlle Labraque-Bordenave, etc... Dans certains cas, l'évolution est mortelle (cas d'Urechia) ; le tableau peut alors ressembler à celui du délire aigu avec hyperthermie et élévation progressive du taux de l'urée sanguine (cas Desbuquois). Dans notre cas, malgré l'augmentation de l'urée sanguine, le pronostic vital a été favorable. Dans d'autres observations, il s'agit d'une simple bouffée confusionnelle, évoluant vers la guérison en quelques jours. Alain Richard, dans sa thèse (1913), avait déjà fait remarquer la possibilité d'une évolution vers la confusion chronique. De même, Auvray rapporte un cas

de « démence post-confusionnelle ». Chez l'enfant, Stroë et Chiser rapportent un cas de diplégie avec état démentiel et G. Robin un syndrome excito-moteur avec troubles caractériels.

Notre cas paraît intéressant par la disparition de toute atteinte confusionnelle et la persistance du syndrome de persécution qui dure depuis deux mois.

Deux hypothèses pour expliquer ces types de syndromes psychotiques : la prédisposition psychique particulière que nous devons éliminer chez notre malade et l'hypothèse d'Ewald d'après laquelle la réaction psychique serait en rapport avec la rapidité et l'intensité de la sidération du système nerveux. Dans notre cas, le début a été brusque et intense, mais, en outre, nous croyons qu'on ne peut éliminer complètement comme cause accessoire le coup de chaleur dû à une permanente, fait sur lequel la famille de la malade a insisté.

Il n'est pas étonnant de constater dans certains cas un affaiblissement psychique léger comme chez notre malade ou même accentué comme dans certaines observations. En effet, les quelques examens anatomo-pathologiques pratiqués ont montré des lésions de méningo-encéphalite (Wegelin, Desbuquois) avec altérations corticales cellulaires et vasculaires importantes.

Hallucinose dans deux cas de tumeur de la région mésodiencéphalique, par MM. David, Hécaen, Passouant et Talairach.

Il nous paraît intéressant, chaque fois qu'il nous en est donné l'occasion en neurochirurgie, de tenter de préciser la sémiologie psychiatrique en fonction du siège de la lésion. Nous avons pensé qu'il était opportun de rapporter les observations de deux malades chez lesquels la symptomatologie hallucinatoire était assez pure pour permettre de retrouver les caractères propres à l'hallucinose type pédonculaire que Lhermitte, van Bogaert décrivent surtout dans la pathologie vasculaire et infectieuse.

Alors que les états confuso-oniriques si fréquents dans les néo-formations de la région mésodiencéphalique sont incapables de permettre une localisation, l'hallucinose type pédonculaire, dont nous essayons de préciser la sémiologie en fonction de manifestations hallucinatoires de caractères avoisinants, représente un signe localisateur important, même lorsqu'elle apparaît au milieu d'une symptomatologie beaucoup plus complexe.

Observation 1. — Mlle C..., âgée de 20 ans, ayant une tumeur du troisième ventricule, vérifiée à la ventriculographie, présentait les manifestations suivantes : 1° *Des scènes hallucinosiques :* la malade voyait des maisons qui s'écroulaient vers la gauche, elle éprouvait en même temps une impression de chute du même côté, accompagnée d'anxiété et de tremblement. Elle voyait aussi, à d'autres moments, un ruisseau qui coulait dans sa chambre dans lequel elle essayait de se laver les mains en ayant, cependant, l'impression de ne rien saisir ; elle voyait également des poteaux électriques immenses se perdant dans le ciel. Ces phénomènes hallucinatoires étaient caractérisés par leur pureté : ils étaient strictement visuels, dépourvus de manifestations auditives, olfactives, gustatives ou cénesthésiques. Ils étaient mouvementés, colorés, survenant dans tout le champ visuel. Il existait, à chaque accès, une croyance absolue en la réalité des faits pendant le déroulement de la scène hallucinatoire, alors que le recouvrement de l'auto-critique se faisait immédiatement après sa terminaison. L'état affectif était variable, tantôt la malade était anxieuse, tantôt le déroulement des scènes la mettait en joie. Le contact restait conservé avec l'ambiance : la malade prenait à partie l'entourage qu'elle reconnaissait, affirmait la réalité de ce qu'elle voyait, cherchait parfois un soutien effectif. Les hallucinations survenaient durant toute la journée mais avec un maximum de netteté et de fréquence au moment de l'endormissement. 2° *Des scènes oniriques,* survenant avec beaucoup plus de netteté. Une des scènes privilégiées était la suivante : elle rappelait, par certains points, certaines scènes hallucinosiques : elle était dans un village où il y avait beaucoup de maisons, elle avait peur, il y avait des arbres, des poteaux électriques, des gens qui circulaient sans le regarder, elle se sentait étrangère à tout le monde et n'osait pas parler... Elle ne reconnaissait pas l'entourage, elle était complètement désorientée. La durée des phénomènes hallucinatoires ne dépassait pas quelques heures. L'état confusionnel se dispersait progressivement dans une demi-journée. Le souvenir des phénomènes éprouvés était très estompé.

L'examen neurologique, en dehors d'une apparition brutale et massive d'une stase papillaire accompagnée de cécité complète, en faveur d'un blocage ventriculaire, dénotait une symptomatologie qui pouvait être trompeuse, une hémiparésie droite avec Babinski, une paralysie du 7e centrale, un Grasping Reflex, des mouvements choréo-athétosiques limités au pied droit.

Observation 2. — Mme D..., opération d'un cranio-pharyngiome en 1931, qui laisse en place la portion de la tumeur adhérente au IIIe ventricule. Elle présentait alors un état mental normal. Vers la fin de 1944, apparition d'asthénie avec somnolence très accusée, augmentation de la soif. Peu après, baisse progressive de la vue : seules les perceptions lumineuses sont conservées. Au milieu de 1945, apparition d'hallucinations visuelles d'abord espacées, puis, au bout de quelques

mois, constantes. Elle présente alors deux sortes de phénomènes hallucinatoires. *Les uns sont fixes et continus*, aux contours précis (elle les dessine) ; elle voit sur sa joue gauche « comme une figure noire » qui au début était sur le front puis est descendue ; à droite « il y avait un homme avec des cheveux crêpés..., c'est pas un homme, c'est un animal... Il a un long bras qui appelle l'autre et lui donne à manger..., c'est un animal à tête humaine ». *Les autres sont discontinus, mobiles*, présentant des paroxysmes à la tombée de la nuit, et ayant le caractère des phénomènes hallucinosiques de type pédonculaire. Elle voit « des « murs de briques de tous côtés..., des processions de bonnes sœurs, « des christs..., ça tourne partout..., il y a des noirs qui viennent « s'occuper de mon mari et me regardent méchamment, ce qui me « donne une grande peur... ; à d'autres moments, je voir arriver des « balles de mitrailleuse par milliers, par centaines de milliers, mais je « ne les sens pas arriver ». L'adhérence au phantasme est variable. Elle est complète pour les hallucinations décrites en premier lieu: « Je « vois bien qu'ils existent, je les vois depuis trop longtemps, ils ne « m'ont jamais parlé, mais, par moments, j'ai très peur, je n'ose pas parler. » Les phénomènes hallucinosiques sont, ou bien reconnus comme véritablement hallucinatoires mais attribués à une influence étrangère (la tête noire), ou bien sont considérés comme existant réellement, et ceci d'autant plus que le caractère de possibilité de l'image est plus grand. La malade est bien orientée dans le temps et l'espace. Elle ne présente aucun affaiblissement intellectuel. Il n'existe aucun élément de syndrome d'automatisme mental.

Aucune hallucination d'autre sens (à noter cependant qu'elle a senti quelquefois « le doigt de celui qui est autour d'elle »). Il existe une méconnaissance absolue de ses troubles mentaux ; les phénomènes éprouvés sont attribués au « spiritisme », dont l'auteur serait un jeune voisin qui faisait de la « prestidigitation » et de la « magie noire ». Son état affectif est très perturbé depuis l'apparition des phénomènes hallucinatoires, elle est dans un état de tristesse et de nervosité extrême, pleurant à tous moments, s'affligeant beaucoup plus de ce qu'elle voit que de sa cécité presque totale, qu'elle n'a pas tendance à nier. Elle est entrée à l'hôpital pour des examens complémentaires et en vue d'une réintervention, mais elle meurt subitement le soir de son entrée.

Il nous a paru intéressant d'associer ces deux observations qui mettent en valeur, sous un jour extrêmement différent, le syndrome hallucinosique au cours de l'évolution de néo-formation intéressant la région mésodiencéphalique. Elles nous permettent d'essayer de préciser les caractères de cette manifestation.

L'hallucinose pédonculaire se montre caractérisée par l'apparition de phénomènes hallucinatoires qui possèdent les caractères de sensorialité, d'objectivation par rapport au propre corps,

et de projection spatiale. Il s'agit d'objets, d'animaux, de personnages, souvent riches en couleurs, mobiles, multiples et silencieux, apparaissant dans tout le champ visuel. Mais il nous semble, comme cela est manifeste chez notre premier malade, que ces phénomènes surviennent toujours dans une atmosphère spéciale, traduisant un certain degré de fléchissement de la conscience. Quel que soit, en effet, l'auto-critique du malade pendant le déroulement des phantasmes (auto-critique qui d'ailleurs varie considérablement dans le temps chez le même malade), celui-ci adhère toujours affectivement, soit avec bonne humeur, soit avec anxiété aux phénomènes éprouvés — il y a toujours pénétration dans la scène hallucinatoire, qui est décrite avec un caractère net de pur vécu. Il n'est pas rare d'entendre les malades critiquer sincèrement leurs phantasmes, tout en employant dans leurs descriptions un ton de dramatisation plus ou moins accentué, qui est le témoin d'une participation beaucoup plus grande que celle qu'ils sont capables d'exprimer. Il n'est pas exceptionnel, non plus, de constater, au moment de la description du phénomène, une certaine ambivalence dans la croyance du malade. Tel le rêveur qui, au réveil, reste indécis devant les phénomènes éprouvés. Ce fléchissement de la conscience est loin de celui de la confusion, voire même de celui de l'état oniroïde, qui désorganise beaucoup plus profondément la personnalité, mais se rapproche, à bien des points de vue, de l'état de somnolence, avec ses caractéristiques oscillations de la conscience au seuil de la normale, et sa faculté d'adhérence partielle aux phantasmes. Par contre, cet état hallucinosique s'oppose aux états hallucinatoires décrits surtout dans les tumeurs lésant les voies optiques centrales (1), à condition, toutefois, d'en excepter les crises de l'uncus qui, par bien des côtés, se rapprochent de ces états et pourraient d'ailleurs être interprétées comme ayant une pathogénie voisine. Dans ces hallucinations des voies optiques, qui se font dans le champ hémianopsique, se retrouvent les mêmes caractères de sensorialité, d'objectivation et de projection spatiale, les mêmes fictions qui sont colorées, brillantes, mobiles et silencieuses. Mais le sujet, en aucune façon, ne participe aux phantasmes, et rapidement, s'il s'est laissé surprendre, devient un observateur impartial des phénomènes éprouvés. Cet halluciné profite, devant chaque nouvelle scène, de son expérience, l'hallucinosique la recommence toujours.

(1) Hécaen et Ajuriaguerra. — Hallucinoses et hallucinations dans les tumeurs cérébrales. *Gaz. des hôp.*, 15 juin 1946.

Il est intéressant de constater, chez le même malade comme dans notre première observation, la succession aux phénomènes hallucinosiques d'un état confuso-onirique rappelant dans ses thèmes quelques éléments de l'hallucinose. Il s'agit là, semble-t-il, de brusques poussées d'hypertension intra-cranienne entraînant un fléchissement beaucoup plus important de la personnalité, ayant pour conséquence une adhérence entière aux phantasmes. Quoi qu'il en soit, ces états confuso-oniriques, s'ils sont isolés, sont trop fréquents en pathologie neuro-chirurgicale pour leur attribuer, comme nous nous croyions en droit de le faire pour l'hallucinose, une valeur localisatrice.

La deuxième observation permet également de constater que le passage au délire peut se faire en dehors de tout état confusionnel et d'une façon, non plus paroxystique, mais continue. Dans cette observation, on assiste, à la suite d'un syndrome hypertensif évoluant depuis de longs mois, à l'intégration des phénomènes hallucinosiques (qui gardent cependant leurs principaux caractères), dans une organisation délirante. Les troubles hallucinatoires ont été intégrés à la personnalité de façon à créer un système délirant basé sur des interprétations mal systématisées et floues. Il semble d'ailleurs que les phénomènes interprétatifs intéressent, au premier chef, les phénomènes hallucinatoires, fixés, continus, aux contours précis, qui semblent pouvoir être expliqués par le revêtement délirant de scotomes.

En conformité avec l'un d'entre nous et Bachet, après les observations de Mâle et Ajuriaguerra, et à propos d'un syndrome de Gélineau avec hallucinose et délire, il nous semble que, s'il faut tenir l'hypertension intra-cranienne comme responsable d'un fléchissement général de la personnalité, on est cependant obligé « d'admettre au minimum que le délire s'enrichit ou du moins s'accroche à des scènes hallucinosiques, véritables moments féconds ».

Une curieuse toxicomanie : l'ingestion de parfums (éléophténophagie), par MM. P. Sivadon et J. Bouquerel.

Les toxicomanies les plus diverses ont été décrites. Pour lutter contre la douleur, contre l'angoisse, contre la fatigue, contre l'ennui, ou simplement pour enrichir la gamme des sensations quotidiennes, l'imagination de l'homme s'est montrée fertile. Et nous hésiterions à ajouter un néologisme à la liste déjà longue

des manies du toxique, si l'originalité de notre cas ne nous avait paru mériter d'être signalée.

Notre malade, en effet, pour lutter, dit-il, contre la fatigue, et pour augmenter son rendement professionnel, se drogue en absorbant des quantités importantes d'essences de parfumerie (désignées par les anciens chimistes sous le nom d'éléoptènes).

Disons tout de suite que quelques semaines de ce régime suffirent pour provoquer des troubles nerveux qui l'amenèrent dans notre service.

Observation. — Georges R..., cordonnier-bottier, est actuellement âgé de 35 ans. C'est indiscutablement un dégénéré. Un de ses oncles est interné. Lui-même a déjà été placé, à deux reprises, dans notre service.

Cependant, jusqu'en 1939, son comportement s'était montré à peu près normal. Dans son enfance, on ne relève que quelques troubles du caractère et une tendance schizoïde sans doute liée, au moins en partie, à la conscience qu'il a de sa disgrâce physique. Après de médiocres résultats scolaires, son père lui apprit le métier de cordonnier, le frappant volontiers à coups de tire-pied pour stimuler son intelligence rétive, ce qui l'amena, au cours de son adolescence, à faire quelques fugues, dont certaines durèrent deux à trois mois ; il partait brusquement et errait de place en place, faisant les métiers les plus divers, puis rentrait reprendre son apprentissage.

A l'âge de 8 ans, à la suite de la mort d'une sœur aînée, à laquelle il était très attaché, il avait fait un épisode dépressif banal. Lorsqu'en 1932, son père mourut, il traversa également une période de tristesse au cours de laquelle il aurait manifesté quelques idées de suicide : il prit cependant rapidement la direction de l'échoppe familiale.

C'est en 1939, après le décès de sa mère, alors qu'il avait 28 ans, qu'il présenta les premiers troubles véritablement pathologiques ; resté seul avec une sœur aînée, il refusa pendant quelques jours de s'alimenter. Bientôt après, il manifesta vis-à-vis de cette dernière une hostilité marquée. En octobre 1941, à la suite de menaces et de réactions violentes, il fut interné une première fois jusqu'en janvier 1942. Sa méfiance naturelle s'était accrue et son entourage crut remarquer, à cette époque, quelques tendances aux idées de persécution. Il reprit cependant son travail et les renseignements recueillis par le service social le représentent comme étant d'un caractère tranquille, très travailleur, tandis que sa sœur, nerveuse et désagréable, serait à l'origine des scènes de plus en plus fréquentes qui se produisaient dans leur intérieur. Il fut, à la suite d'une de ces scènes, conduit à l'Infirmerie Spéciale, le 21 février 1945. Il regagna son domicile et les scènes se reproduisirent, toujours plus violentes. En juillet 1945, ayant frappé sa sœur et l'ayant menacée de mort, il fut interné pour la seconde

fois. A cette époque, il était hypomaniaque : habituellement parcimonieux, il faisait des largesses à sa maîtresse, pensionnaire de maison close, qu'il voulait entreprendre de relever. Jovial et facétieux, il racontait ses mésaventures et ses projets de façon pittoresque. Dans le service, il retrouva vite son calme, et put sortir le 23 février dernier

Son entente avec sa sœur était devenue, dès lors, satisfaisante, et le service social put s'assurer, à plusieurs reprises, de son comportement parfait. Il gagnait largement sa vie ; les commandes affluaient et il se surmenait. Il était las, mais dormait bien et n'était ni triste, ni anxieux.

Déjà, il y a quelques années, il avait tenté de lutter contre la fatigue à l'aide du café, du cidre, et même, exceptionnellement, au moyen de bière fortement arrosée de fine. Parfois aussi, il lui était arrivé d'inhaler, sur son mouchoir, de l'éther. Au début de mai dernier, il eut recours à un autre moyen : il se mit à respirer, puis à boire des parfums. L'été précédent, à Ville-Evrard, il s'était senti réconforté après avoir absorbé de l'orangeade : il en avait conclu à la valeur thérapeutique des produits aromatiques. Après quelques tâtonnements, et sans doute guidé par son instinct professionnel, il retrouva dans un parfum, « Cuir de Russie », les propriétés toniques de l'orangeade de Ville-Evrard. Il en absorba d'abord quelques gouttes dans son café, puis il augmenta les doses. La fatigue s'évanouit ; son intelligence, qu'il reconnaît lente, lui parut s'aiguiser ; le travail lui sembla plus aisé. Il arriva rapidement à prendre, à tout moment, dans la journée, dans un peu d'eau, des doses importantes : environ 250 gouttes, dit-il. Sa sœur estime qu'il absorbait chaque jour un flacon de parfum. S'il diminuait les doses, son travail s'en ressentait. Bien vite, il revenait à une posologie efficace.

Le prosélytisme accompagne presque toujours la toxicomanie. Pour faire profiter les autres de sa découverte, il agitait fréquemment dans sa poche un flacon débouché, et il lui arrivait même de lancer en l'air quelques gouttes de parfum pour en imprégner l'atmosphère.

Pendant plus d'un mois, il ne retira que des avantages de sa méthode : son activité accrue lui permettait facilement de faire face aux frais élevés qu'elle lui imposait. Mais, bientôt, il se sentit devenir anxieux, le sommeil disparut, il se montra inquiet et le souvenir de ses précédents internements d'office lui fit appréhender à tout moment l'arrivée de la police. Il préféra venir spontanément dans notre service. Mais, à la porte de l'Etablissement, il fit un raptus anxieux : il avait cru apercevoir un gendarme et s'était enfui dans les jardins.

A l'entrée, on est frappé par son faciès vultueux, ses conjonctives injectées, le tremblement de ses mains, son air inquiet et surtout l'intense parfum qui se dégage de sa personne. Son haleine est particulièrement odorante et, en quelques minutes, la salle d'examen est totalement imprégnée de parfum.

L'examen, pratiqué immédiatement, ne révèle qu'une extrême vivacité des réflexes tendineux et une bradycardie marquée (pouls 44 ; réflexe oculo-cardiaque : 38). Dans l'après-midi, on constate quelques

phénomènes confuso-oniriques : il crie « au secours », croyant, explique-t-il par la suite, avoir vu des agents de police le poursuivre. Dès le lendemain, ces troubles avaient disparu. Des échantillons de sang et d'urine, prélevés le deuxième jour, furent soumis à l'examen toxicologique de M. Truhaut, pharmacien-chef de Ville-Evrard, qui ne put déceler aucune anomalie. La diurèse, qui était abaissée le premier jour (1 litre), remonta à 2 litres 500 le deuxième jour (sous l'influence, sans doute, d'un régime lacté absolu), puis se maintint normale. Ni albuminurie, ni glycosurie. Azotémie : 0,20. La formule sanguine est normale en dehors d'une discrète leucopénie (5.360 éléments).

Dès le troisième jour, tous les symptômes d'intoxication ont disparu. Les réflexes tendineux sont normaux, le pouls bat à 70, le sommeil est revenu, l'anxiété s'est dissipée. L'haleine elle-même a perdu son odeur caractéristique. Notre sujet, après une période de lassitude d'une dizaine de jours, reprend actuellement goût à l'activité et nous pensons le renvoyer très prochainement à son travail.

Inquiétés par une certaine réticence au sujet du rôle des parfums dans l'activité psychique, et redoutant quelque processus délirant, nous avons procédé à une exploration du psychisme sous-penthotal. Cette exploration ne nous a révélé que l'intense fixation affective de notre malade sur la sœur qu'il perdit alors qu'il avait 8 ans. Il s'est également épanché plus librement sur des tendances au rationalisme morbide qu'il nous avait déjà laissé pressentir à l'état de veille, et particulièrement sur le rôle hygiénique essentiel qu'il attribue à l'éjaculation. Célibataire, peu doué pour la conquête amoureuse, faiblement tenté par la masturbation, il est constamment préoccupé de son hygiène sexuelle et, depuis l'âge de 17 ans, cherche dans des relations vénales les satisfactions régulières qu'il juge indispensables à l'équilibre de sa santé. Il explique les réactions violentes qui ont motivé ses deux premiers internements par la continence : abandonné par une prostituée qui fut sa maîtresse, il voulait rester fidèle à son souvenir. Il songe actuellement, surtout pour des raisons d'hygiène, à se marier.

On le voit, notre sujet est avant tout un débile mental, sujet à des phases de dépression et d'excitation. Peut-on vraiment parler de cyclothymie ? Tous ses accidents dysthymiques importants ont été consécutifs à des deuils familiaux. Jamais, ils ne se sont accompagnés de troubles du sommeil. L'insomnie n'est apparue que sous l'influence d'intoxications surajoutées (café, éther, et plus récemment parfum) et a disparu avec le sevrage. Ses toxicomanies successives peuvent sans doute s'expliquer par des phases dépressives discrètes. Il semble que son dogmatisme hygiénique soit surtout en cause. Il est possible qu'à certaines périodes, il ait échafaudé quelques idées délirantes ; jamais, aucun véritable système délirant n'a été construit.

Nous reconnaissons volontiers que le terme de toxicomanie peut être, ici, discuté. On ne saurait parler chez notre sujet d'appétence irrésistible et si, après le sevrage, il s'est montré quelque peu déprimé, il ne s'agit pas d'un véritable état de besoin. Il n'en reste pas moins qu'il a cherché et trouvé dans l'ingestion de parfum l'excitant au travail dont il ressentait le besoin et que l'accoutumance l'a poussé à augmenter rapidement les doses du toxique.

Nous n'avons trouvé, dans la littérature que nous avons pu consulter, aucun cas analogue. Aussi, nous a-t-il paru intéressant, en dehors de l'originalité du cas, de noter les signes d'intoxication que nous avons relevés chez notre malade (insomnie, anxiété et subonirisme, tremblement et bradycardie), signes qui ont disparu en trois jours après le sevrage.

Etat maniaque périodique, remplaçant les règles. Action de la Progestérone et de la radiothérapie diencéphalique, par MM. P. Guiraud, G. Boittelle et A. Rouault de la Vigne.

Observation. — Mlle M..., âgée de 18 ans, a toujours été réglée normalement. Ses premières règles sont apparues à 14 ans, depuis périodicité généralement normale, sans dysménorrhée, un peu de subexcitation dans les jours précédant la menstruation. On ne relève, chez elle, aucun antécédent personnel ou génital notable.

Le 22 septembre 1945, jour d'apparition de ses règles d'ailleurs très peu abondantes et ne durant qu'une journée, excitation nettement plus marquée avec légère anxiété, irritabilité, état allant s'aggravant pour aboutir, le 22 septembre, à une grande agitation motrice avec cris, chants, nécessitant son admission à Ste-Anne.

A son arrivée, la température était à 40°, avec excitation très marquée ; malade violente, devant être maintenue avec le maillot, propos orduriers ou incohérents alternant avec de courtes périodes où elle parlait peu et présentait une certaine inhibition psychique. Insomnie. Cet état se maintient ; la température étant redevenue normale jusqu'au 10 octobre, disparition de l'accès en moins de deux jours. Rémission complète se maintenant jusqu'au 22 octobre.

Reprise de l'excitation à la date présumée des règles : état durant jusqu'au 4 novembre. Lui succède une période absolument normale. Le 21 novembre, nouvel accès, qui débute aussi brusquement que le précédent, se maintient avec grande agitation sans hyperthermie jusqu'au 30 novembre. Intervalle calme du 1er au 19 décembre.

Une série d'électro-chocs, qui avait été commencée dès l'arrivée de la malade à l'admission, avait dû être interrompue, comme entraînant une recrudescence de l'agitation les jours du choc.

Le 19 décembre, nouvelle période d'agitation apparue en un jour sans éléments confusionnels et cédant en deux jours, les 30 et 31 décembre. Calme, la malade s'occupe dans le quartier,, critique son état dont elle garde un souvenir assez net.

Nouvel accès maniaque le 23 janvier, durant jusqu'au 3 février. Agitation du 18 février au 1er mars.

La malade, la veille du début de cette période maniaque, a commencé un traitement de trois séances de radiothérapie diencéphalique : 100 r. d'intensité tous les deux jours. Il est difficile d'en établir le résultat, la thérapeuique étant peut-être intervenue trop tard, l'accès étant sur le point de se déclancher. Pendant la période calme consécutive dans la deuxième moitié du cycle menstruel présumé : traitement par progestérol, 4 injections de lutogyl à 10 mmgr. L'accès suivant réapparut à la date prévue, le 18 mars, mais céda plus rapidement le 24 mars, les règles réapparaissent deux jours, les 21 et 22 mars.

Malgré traitement par 5 injections de lutogyl, autre accès maniaque le 14 avril, durant 6 jours, sans apparition de règles.

Pendant l'intervalle suivant : radiothérapie diencéphalique : intensité 100 r. les 4, 8, 11, 15 mai. Après la quatrième séance, apparition de règles normales durant 4 jours, sans aucune agitation; en juin, menstruation normale. La malade, sortie et revue il y a quelques jours, semblait guérie.

En résumé : période d'excitation maniaque apparaissant périodiquement au moment du déclenchement normal des règles, ne s'accompagnant pas de menstruation, sauf une fois après traitement par progesterone, accès durant de 6 à 14 jours et cédant spontanément. Aucune action de l'électrochoc, accès moins longs après extraits de corps jaune supprimés par radiothérapie diencéphalique.

Les périodes d'excitation cataméniale sont généralement mises sur le compte d'une hyperfolliculinie et peuvent même être provoquées quasi-expérimentalement par injections de doses trop fortes d'œstradiol. MM. Baruk, de Gennes ont beaucoup insisté sur ces cas. Notons que notre malade, si elle présentait des seins un peu volumineux, n'avait pas de signes cliniques d'hyperfolliculinie : pas de tension mammaire pénible, pas de douleurs pelviennes, ni de syndrome intermenstruel. Il nous semble que l'hyperfolliculinie simple ne puisse pas être retenue dans notre cas, l'aménorrhée hyperfolliculinique ne s'observant seule que dans des cas d'hyperfolliculinie intense ; un trouble isolé de la sécrétion lutéinique nous semble plus probable en raison de l'existence chez notre malade de seins volumineux et fermes, ces syndromes s'accompagnant de seins petits et flasques.

La plupart des troubles mentaux, les accès maniaques en particulier, s'accompagnent souvent de disparition des règles, mais dans notre cas les accès sont rythmés et apparaissent à la date où la menstruation devrait s'établir ; ici, le trouble endocrinien semble bien être le *primum movens* des troubles mentaux ou n'être tous les deux que les traductions d'une même perturbation organique.

Il nous paraît ici devoir incriminer une dysendocrinie passagère, une dysharmonie diencéphalo-hypophyso-ovarienne, mise ici particulièrement en évidence par l'action curative remarquable de la radiothérapie du diencéphale. Rappelons la grande participation du diencéphale dans le déclenchement et la symptomatologie des accès maniaques.

Forme neuro-psychique d'encéphalite,

par MM. G. Heuyer, M. Dauphin et Lebovici.

Observation. — Irénée, âgé de 18 ans, est hospitalisé le 29 août 1945. Enfant unique. Son père a 41 ans et est bien portant. Il a un frère, imbécile, employé dans une ferme. La mère a 41 ans et est également en bonne santé.

Notre malade a eu une enfance normale. Il a fréquenté l'école jusqu'à 16 ans, sans obtenir le certificat d'études primaires, et il était jusqu'à son hospitalisation ouvrier métallurgiste. Son niveau mental est de 10 ans au Binet-Simon.

Ses parents l'ont conduit à l'hôpital parce qu'ils avaient constaté des modifications inquiétantes du comportement depuis plusieurs mois. Irénée est devenu indifférent à son entourage. Il n'est plus affectueux ; parfois, au cours de colères subites, il menace sa mère. En même temps, il se désintéresse de sa toilette.

On est en présence d'un sujet d'aspect inquiet et renfermé avec lequel le contact est difficile à établir. L'habillement est négligé. Il n'a plus l'impression d'être dans un monde réel, déclare-t-il : « C'est un monde irréel qui me parle doucement. » Quand il dort, il croit dormir, mais ce n'est pas lui, c'est seulement son corps. Il explique ses colères en déclarant que toutes les mauvaises actions, ce n'est pas lui qui les commet, mais son double. Il se sent seulement lui-même lorsqu'il agit selon les règles normales. Les hommes lui paraissent souvent comme coupés en deux, le corps de l'un étant surmonté de la tête d'un autre. Aux hallucinations auditives s'ajoutent des sensations de mauvaises odeurs, des douleurs subites à caractère de brûlures.

Pendant tout l'interrogatoire, le malade est indifférent, éclate en rires immotivés et garde un sourire figé.

L'examen nerveux et somatique de ce sujet, qui néglige manifestement sa toilette, est normal en tous points.

Il resta jusqu'en octobre 1945 dans le service où il reçut 10 électrochocs. A sa sortie, il n'avait plus d'hallucinations. Son caractère demeurait irritable. Il ne fut pas repris à l'usine où il était employé, et son père, lui faisant croire qu'il serait engagé à Sainte-Anne, le fait hospitaliser à Henri-Rousselle. Nous n'avons aucun renseignement sur son séjour qui y fut très bref.

A la fin de l'année, le caractère s'améliora et le malade devint docile. On se félicitait de son comportement dans sa famille lorsque le 10 janvier 1946 survint un épisode fébrile avec céphalée intense d'une durée de 5 jours. Le malade essaya alors en vain de se lever ; il était incapable de marcher. C'est dans ces conditions qu'il fut à nouveau hospitalisé dans le service.

On constatait à l'examen que la force musculaire était normale, sans modifications du tonus. Les réflexes tendineux, rotuliens et achilléens sont abolis. Le réflexe cutané plantaire est en flexion, mais les réflexes cutanés abdominaux et crémastériens sont abolis. Pas de troubles de la sensibilité. Pas de troubles cérébelleux. Pas d'atteinte des paires craniennes.

On pratiqua les examens suivants :

Fond d'œil (18-1-46) : papilles un peu floues sur le bord nasal.

Ponction lombaire (19-1-46) : en dehors de toute raideur méningée existent d'importantes modifications du liquide céphalo-rachidien : albumine, 1 gr. ; glucose, 0 gr. 85 ; lymphocytes, 30 éléments par mm^3 ; Wassermann, négatif. Réactions électriques des muscles des membres inférieurs normales (18 janvier 1946).

Par ailleurs, l'examen psychologique ne révélait aucun symptôme psycho-sensoriel. Le comportement est normal pendant cette première période du séjour à l'hôpital où l'on pratiqua un abcès de fixation, des injections intraveineuses du cyanure de mercure. Après l'incision de l'abcès de fixation, on vit réapparaître très rapidement les réflexes tendineux des membres inférieurs, avec un certain affaiblissement des réactions, surtout à gauche. Aussitôt que la cicatrisation fut obtenue, la marche redevint possible, rapidement normale.

Voici les résultats comparatifs de trois ponctions lombaires pratiquées durant cette période :

	2 février 1946	*19 février 1946*	*13 mars 1946*
Albumine	0,80	0,80	0,60
Glucose	0,60	0,65	0,65
Lymphocytes par mm^3	2,6	3,2	1,4
Wassermann	négatif	négatif	non pratiqué
Pandy	positive	non pratiquée	*id.*

En même temps, l'examen du fond d'œil montrait, le 20 février 1946, que les papilles étaient redevenues sensiblement normales.

Mais, coïncidant avec cette amélioration progressive des troubles

nerveux, on devait noter la réapparition des troubles du caractère : colères impulsives, brutalités envers les autres enfants, peurs qui ne sont pas justifiées et qui sont peut-être en rapport avec de nouveaux phénomènes hallucinatoires.

Le malade sort le 27 mars 1946 pour partir à la campagne. Il y est resté quelques semaines. Il devait travailler de nouveau, mais, rentré à Paris, il se mit au lit et ne voulut plus sortir. Il menaçait sa mère d'un couteau, restait muet, ne se lavait plus.

Il est réhospitalisé le 15 juin 1946. Il est plus calme, mais il a encore des colères ; il a giflé sa mère au cours d'une visite. Il est difficile à atteindre, se tourne sans arrêt vers la fenêtre avec un regard apeuré, et il garde pendant toute la conversation un sourire stéréotypé.

L'examen montre : un tremblement akinétique prédominant aux membres supérieurs ; l'hypertonie se manifeste par le phénomène de la roue dentée perceptible aux deux membres supérieurs. En outre, on peut noter parmi les manifestations de la série parkinsonienne : une diminution de la convergence oculaire ; une exagération des réflexes de posture ; un tremblement fibrillaire de la langue. La démarche est normale. Les réflexes tendineux sont conservés, sauf l'achilléen droit.

Le 18 juin 1946, le fond d'œil est normal. Le liquide céphalo-rachidien a la composition suivante : albumine, 0,47 ; sucre, 0,80 ; leucocytes 0,4 ; Wassermann, négatif ; Pandy, négatif. On constate en même temps un affaiblissement des fonctions intellectuelles. Le test de Terman donne un âge de base de 6 ans. L'âge mental n'est plus que de 7 ans 4 mois (10 ans en janvier 1946) : c'est ainsi que les tests de la description d'images, des deux dessins de mémoire, de la critique des phrases absurdes ne sont plus relevés.

L'encéphalographie gazeuse par voie lombaire a montré une très mauvaise insufflation des ventricules, un aspect flou général de l'encéphale indiquant un œdème diffus comme on en voit dans l'encéphalite. Un traitement de cyanure de Hg à titre d'anti-infectieux est actuellement en cours.

En résumé, l'histoire du malade peut se résumer en trois périodes :

Février-août 1945 : syndrome psychopathique que dominent la perte du sens de la réalité du monde extérieur, un état de dépersonnalisation, des hallucinations surtout auditives.

Octobre 1945 à février 1946 : syndrome méningo-encéphalique d'amélioration rapide, sans manifestations psychopathiques ou caractérielles.

Février 1946 à la période actuelle : réapparition du syndrome psychique initial coïncidant avec des manifestations parkinsoniennes frustes.

Cette observation nous a permis de saisir les diverses phases

d'une encéphalite polymorphe où le syndrome aigu neurologique a été précédé d'une phase psychique, puis suivie d'un syndrome parkinsonien accompagné de troubles psychiques, l'ensemble constituant une forme neuro-psychique d'encéphalite.

Syndrome dépressif d'aspect psychasthénique précédant le syndrome neurologique de la maladie de Parkinson, par MM. G. Heuyer, Sauguet et S. Lebovici.

L'état mental des parkinsoniens est bien connu. L'étude des troubles psychiques dans les lésions extrapyramidales a fait l'objet de nombreux travaux résumés dans l'article de Steck des *Archives suisses de neuropsychiatrie* (1926). L'étude psychologique du parkinsonien a été reprise par W. Aubrun (1937). Nous voulons insister sur un syndrome mental dépressif de caractère psychasthénique qui précède, et quelquefois pendant plusieurs années, le syndrome neurologique parkinsonien. Il peut suivre immédiatement l'encéphalite causale. Il est caractérisé par un état de dépression, avec asthénie, plutôt que tristesse, fatigabilité, préoccupations hypocondriaques, troubles cénesthésiques variables, désintérêt, inactivité. Ces troubles sont continus et n'ont pas le caractère intermittent de la mélancolie. Nous rapportons cinq observations :

Obs. I. — Mme P... Céline, 54 ans. Apparition des troubles en 1937 sous la forme de malaises bizarres, de cénestopathies céphaliques et des membres : coups de couteau, broiement. En outre, asthénie, incapacité de prendre une décision, anorexie, quelques idées tristes, vie sans intérêt, dégoût de la vie sans idées de suicide. Gêne de la vie familiale et sociale ; difficultés pour résoudre les problèmes actuels de la vie d'un ménage.

A l'examen, aspect figé, mimique inexpressive, diminution des mouvements d'automatisme de la marche à droite, tremblement menu, roue dentée, signe du jambier.

La date de l'encéphalite est impossible à préciser.

Obs. 2. — L... Francis, 22 ans. Parti pour le S.T.O. en 1943. Rapatrié d'Allemagne en mai 1945. Depuis son retour, dépression, asthénie. Avec difficulté a passé la 1re partie du baccalauréat ; ne s'est pas présenté à la 2e partie. Est à l'école professionnelle d'optique. Ne s'intéresse pas à son travail. En outre, apragmatisme sexuel.

Présente des signes nets de la série parkinsonienne : tremblement lingual et palpébral. Perte de l'automatisme de la marche, roue dentée bilatérale. Signe du jambier.

En 1943, épisode fébrile survenu en Allemagne : température à 39°

pendant une quinzaine de jours avec céphalée et arthralgies, sans autres signes de localisation.

Obs. 3. — L... J.-Cl., 19 ans. En 1943, somnolence : besoin de 14 heures de sommeil. Tics. Dès cette époque, fatigabilité, désintérêt, tendances pessimistes, dépression, troubles cénesthésiques : sensation de boule dans la gorge. A dû interrompre ses études de mathématiques élémentaires après échec au baccalauréat.

Examiné le 23 mars 1946 : diminution de l'automatisme de la marche à droite ; roue dentée bilatérale, signe du jambier, tremblement fibrillaire de la langue, tremblement palpébral.

Obs. 4. — F... Henry, 35 ans. Retour de captivité en mai 1945. Depuis lors, tristesse, dépression, désintérêt, fatigabilité, instabilité, changement d'occupations, tristesse, sommeil prolongé, impuissance relative avec éjaculations précoces. Signes parkinsoniens au minimum mais nets.

Obs. 5. — Mme A..., 42 ans. Examinée en expertise médico-légale. Son mari lui reproche son incurie, des injures et des scènes publiques avec voies de fait. Il a déposé une demande de divorce. Les injures et les voies de fait sont peu probables et invoquées pour le divorce. L'incurie est indiscutable et est avouée par la dame A.

Depuis 1925, alors qu'elle avait 22 ans, elle a présenté une dépression avec asthénie, fatigue, manque d'intérêt pour s'habiller et sortir, envies fréquentes de dormir. A été hospitalisée à l'hôpital Henri-Rousselle en 1932 et 1942. A son dernier séjour, a subi 9 électro-chocs sans résultat. En 1935, dit avoir perdu pendant plusieurs mois la vision des deux yeux.

A l'examen, ne présente pas d'affaiblissement intellectuel et n'a pas de mélancolie vraie. Se présente comme une psychasthénique avec fatigabilité, incapable de prendre une décision. Signes parkinsoniens nets. Origine encéphalitique certaine. Conclusion de l'expertise : encéphalite avec troubles psychasthéniques et signes neurologiques d'une maladie de Parkinson. Est irresponsable des faits établis par l'enquête.

Commentaires. — Les observations précédentes démontrent l'existence d'un état dépressif à forme psychasthénique avec fatigabilité, désintérêt sans mélancolie ni obsessions vraies. Ces troubles psychiques débutent avec ou peu de temps après l'atteinte encéphalitique ; ils précèdent puis accompagnent les signes de la série parkinsonienne. Ni l'électro-choc, ni le choc insulinique n'ont d'action thérapeutique. L'atropine améliore les signes neurologiques, mais n'a pas d'action sur les troubles psychiques.

Ces faits peuvent avoir un intérêt médico-légal.

La séance est levée à midi.

Le secrétaire général :
J. Dublineau.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française

XLIVe session, Genève et Lausanne (22-27 juillet 1946)

Présidence :

MM. les professeurs Ant. POROT (d'Alger) et R. BING (de Bâle)

Sous le *Haut-Patronage du Conseil fédéral suisse*, l'association, dite « *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*, a tenu sa *44e session* à *Genève* et à *Lausanne* du *22* au *27 juillet 1946* », sous la *présidence* commune de M. le professeur Ant. POROT (d'Alger), président annuel de l'association, et de M. le professeur R. BING (de Bâle), co-président suisse. Le professeur P. COMBEMALE, doyen de la Faculté de médecine de Lille, *secrétaire général*, était assisté dans ses fonctions par le Dr BOVET, privat-docent à l'Université de Lausanne, *secrétaire annuel*. Au Dr VIGNAUD, *trésorier*, avait été adjoint, pour la trésorerie locale, le Dr BERSOT (du Landeron, Neuchâtel).

Tenue à l'Aula de l'Université de Genève, la *séance inaugurale* fut honorée de la présence de M. le conseiller fédéral Ph. ETTER, Chef du Département de l'intérieur, qui prononça un discours unanimement applaudi. Ensuite, M. DUBOULE, au nom du Conseil d'Etat de la République et Canton de Genève, et M. le Recteur Ed. MARTIN, au nom de l'Université de Genève, M. le professeur Paul VAN GEHUCHTEN (Belgique), Miss D. ODLUM (Grande-Bretagne), M. BROCKNER-MORTENSEN (Danemark), M. le Doyen BAUDOUIN (France), M. le professeur REZAI

(Iran), M. le Dr Stumper (Luxembourg), M. le professeur Bornsztajn (Pologne), M. le professeur El. de Moura (Portugal), délégués officiels, prirent la parole au nom de leurs Gouvernements. Dans un discours très applaudi, M. le professeur R. Bing, *président suisse*, souhaita la bienvenue aux neuro-psychiatres venus nombreux à Genève et à Lausanne. Rappelant les efforts de la Suisse pendant la guerre, il rendit hommage à la langue et à la science françaises, toutes deux au service de l'idéal démocratique. Enfin, M. le *président* Ant. Porot, après avoir remercié les représentants de la Suisse de l'accueil et de la large hospitalité réservés au Congrès, consacra, selon l'usage, à une question de son choix « *Regards sur le temps présent : l'Homme standard* » *le discours inaugural* dont son fils, le Dr Maurice Porot (d'Alger), donna une lecture attentivement écoutée et très appréciée d'un auditoire fort nombreux.

Ainsi inaugurée, la 44e session se déroula avec précision selon l'horaire prévu au programme. On trouvera ci-après de courts résumés de la plupart des très nombreux travaux qui furent présentés par leurs auteurs au cours de séances qui se succédèrent jusqu'à la fin de la semaine dans des salles combles. Entre ces séances, nombreuses furent les *réceptions* parmi lesquelles il faut rappeler la brillante réception au Foyer du Grand Théâtre offerte par le Gouvernement de la République et Canton de Genève, l'excellent lunch offert à la Clinique psychiatrique universitaire de Bel-Air (Genève) par la Commission administrative de la Clinique, la charmante collation offerte dans le cadre riant de la belle Clinique des Rives de Prangins, à Nyon, où le Dr O. Forel, récemment nommé Chevalier de la Légion d'Honneur, fit à ses collègues un généreux accueil, le banquet offert dans les salons du Lausanne-Palace par le Conseil d'Etat du Canton de Vaud, la Municipalité de la ville de Lausanne et les Sociétés suisses de neurologie et de psychiatrie, le pittoresque lunch froid servi dans le site médiéval du Château de Chillon où se fit entendre la « Chanson de Montreux », le dîner en tous points remarquable auquel le Dr de Montet convia un certain nombre de congressistes dans l'établissement des Berges du Léman qui domine si magnifiquement le lac, l'abondante collation offerte par la Clinique psychiatrique universitaire de Céry-sur-Lausanne, le déjeuner champêtre offert sous les magnifiques ombrages de la Maison de santé de Malevoz, au cours de la jolie excursion où le Dr A. Repond fit apprécier à ses hôtes, avec le bel établissement qu'il dirige, l'admirable « Chanson valaisanne » et les agréables spécialités d'une large hospitalité. Dans l'impossibilité de rappeler toutes les invitations individuelles ou collectives, qui furent si nombreuses, par lesquelles se manifesta la plus généreuse hospitalité, on ne peut cependant passer sous silence les déjeuners offerts par l'Association des maisons de santé suisses à leurs collègues de France et le déjeuner offert par la Ligue suisse d'hygiène mentale, sous la présidence du Dr A. Repond, aux membres présents du Comité international d'hygiène mentale. Ces deux repas,

où régna la plus grande cordialité, furent remarquablement organisés à Lausanne par le Dr Bersot. Enfin, selon la tradition, le président et les membres du Congrès reçurent à leur tour leurs hôtes dans les salons de l'Hôtel Beau-Rivage, à Ouchy, en une soirée que M. l'Ambassadeur de France voulut bien honorer de sa présence, et au cours de laquelle chansons du pays de Vaud et danses modernes alternèrent jusqu'à une heure avancée de la nuit. Au cours de ces multiples réceptions, le président Ant. Porot sut exprimer en termes heureux la gratitude et l'estime de tous envers nos collègues suisses.

Ainsi se termina cette 44e session d'un congrès dont la guerre elle-même ne réussit pas à supprimer complètement les sessions et qui renaît sous son rythme annuel. Session particulièrement réussie et équilibrée où l'abondance et la générosité proverbiale des réceptions de nos amis suisses ne s'exercèrent jamais, malgré leur nombre, aux dépens des séances de travail. Session qui marque la reprise des contacts internationaux sur cette terre de Suisse, marquée par le Destin et par son Histoire pour être un irremplaçable lieu de rencontre des civilisations européennes. Suisse qui, elle-même entourée de tant de menaces, fut pourtant le refuge des malheureux. la terre nourricière des enfants mourant de faim, et, à la Croix-Rouge internationale, à Genève, le dernier espoir des familles dispersées. Terre de Pitié. Terre de Bonté. Terre de Liberté.

DISCOURS INAUGURAL

Regards sur le temps présent ou l'Homme-standard,

par M. Ant. Porot, *président*

La civilisation contemporaine, déclare le professeur Porot, pourrait être placée sous le signe du « standard ». « Standard » signifie « étalon ». Du domaine de la vie matérielle et économique, la standardisation s'est abattue sur l'homme, dont elle a prétendu régler le comportement, diriger les façons de penser, les goûts et les tendances, et dicter les réactions individuelles et sociales.

Il faut reconnaître que l'homme porte en lui certains éléments de faiblesse qui le prédisposent au conformisme et le préparent au type standard : paresse de l'esprit, tendance au moindre effort, goût des solutions toutes faites, adhésion aveugle aux formules et aux *slogans lapidaires*, instinct grégaire des masses. L'auteur cite de ces types quelques exemples plus ou moins stéréotypés. Favorisée par de telles tendances naturelles, la standardisation a rapidement marqué l'homme de son empreinte uniformisante. Elle sévit sur la profession médicale et sur le patient transformé en une superposition de fiches étalonnées mais, fait observer M. Ant. Porot, le médecin aura toujours autant besoin des antennes de son intuition et de sa sensibilité que des données de son savoir et de la perfection de ses techniques.

Il rappelle ce qu'était « l'homme de la rue », *l'Homme-standard de 1939* : tout paraissait alors devoir concourir à l'accroissement du bonheur de l'humanité : vie matérielle plus facile, travail allégé par le machinisme, confort meilleur, distractions diversifiées, instruction technique largement répandue. Mais l'homme d'alors ne savait plus s'isoler, penser ou juger par lui-même. Il manifestait à l'égard des facilités qui lui étaient offertes une véritable appétence toxico-maniaque : même état de besoin, même inassouvissement foncier. La masse, vivant dans un conformisme de médiocrité, prête à subir toutes les orientations ou les prétendues idéologies qu'on lui imposait, était mûre pour le totalitarisme avec ses intolérances et ses intransigeances.

Cette civilisation éblouissante n'avait, en définitive, rendu l'homme ni meilleur, ni plus heureux. La montée croissante de toutes les épaves encombrait la société d'alors. On assistait à une véritable régression vers la mentalité dite primitive : représentation collective, forte charge affective, impératifs catégoriques, refuge dans la superstition et le fétichisme. « L'Homme-standard » était marqué de cette empreinte terrible faite de la pauvreté stéréotypée du langage, de la primauté des slogans servant d'arguments et remplaçant la critique, de l'évasion fréquente devant les responsabilités personnelles, du recours aux appuis extérieurs, beaucoup plus qu'à l'initiative propre et à l'énergie individuelle. Les facultés adaptatives de l'homme (Alexis Carrel) avaient été prises en défaut par une trop brusque transformation. Le monde nouveau que l'homme avait construit n'était pas à sa mesure. L'homme était dépassé par les créations qu'il avait conçues et le grand critérium de la santé mentale, c'est l'adaptation de l'homme à son milieu. Aussi le monde était-il sur le chemin de la faillite : la catastrophe s'est produite.

Il n'entre pas dans l'idée de l'auteur de pousser ce tableau trop au noir. Il ajoute que, derrière ces masses uniformisées, il y avait toujours de grands esprits, des cerveaux puissants et des âmes généreuses, mais qui fuyaient la foire sur la place... Ce sont eux, ce sont des chefs d'Etat dignes de ce nom, des entraîneurs cristallisant la résistance qui nous ont sauvé du naufrage.

Et la civilisation n'est pas un état statique mais un état dynamique, une création continue. Il ne s'agissait que d'un dépassement de cadence. Si le problème a été faussé dans ses résultats, ses données subsistent, il faut reprendre les calculs pour trouver une solution juste. Il faut discipliner, rationaliser les aptitudes et les besoins de l'homme au regard de cette vie nouvelle, en évitant ce qu'on pourrait appeler la spécialisation « décompensée ». La recherche systématique des temps de réaction et des praxies de l'homme par la psychotechnique ne doit pas faire perdre de vue le développement de son caractère, de son énergie, de son sens critique, la culture et l'épanouissement de ses tendances morales et métaphysiques.

Favorisons la détection et le développement des élites. Dans l'énorme travail de reconstruction qui devrait rénover l'humanité, la parole n'est pas qu'aux économistes et aux sociologues. Les neuro-psychiatres devraient avoir une large place dans les conseils des Etats. C'est à eux, à leur science plus positive, à leur expérience surtout qu'il faut demander les indications et les méthodes les plus capables de revaloriser la personne humaine.

I. PSYCHIATRIE

RAPPORTS DE PSYCHIATRIE

Conscience et mémoire dans l'épilepsie, par M. F. Braun (de Zurich).

Après un rappel historique des travaux de Tissot, Christian, Hare, Féré, Jackson, Gélineau, Binswanger, Abadie, Marchand, Maug, Fr. Minkowska, etc., l'auteur s'applique à préciser ce qu'il faut entendre sous le nom de troubles de la conscience et les symptômes de ces troubles. Si la conscience peut être troublée, son degré de clarté et d'extension étant modifié, elle peut l'être aussi secondairement à l'occasion d'altérations des autres fonctions psychiques (irritabilité, sensibilité excessive, diminution de la mémoire de fixation et de conservation, fatigabilité, ralentissement psychique, troubles du langage, insécurité motrice). Troubles dus, soit aux crises elles-mêmes, soit aux processus physiopathologiques qui provoquent les crises. Les troubles psychiques des épileptiques peuvent apparaître plusieurs années avant les crises : on ne saurait donc les considérer comme de simples équivalents des crises. Parmi les troubles de la conscience, la mémoire occupe une place particulière.

Si l'on est en droit d'étudier les troubles de la conscience des épileptiques indépendamment des crises, l'auteur préfère grouper ces troubles selon leur relation avec les crises et en propose une classification, qui sert de plan à son exposé. Après avoir rappelé les différentes théories sur les causes et les facteurs déclenchants des crises épileptiques, s'être élevé comme Stauder contre l'opinion que l'épilepsie serait une diencéphalose (« l'épilepsie reste une maladie qui engage tout le système nerveux »), rappelé aussi l'incertitude des notions actuelles sur la localisation de la conscience, M. F. Brun passe successivement en revue les différentes formes de troubles de la conscience chez les épileptiques : absences, auras, troubles psychiques paroxystiques, états d'obnubilation, états crépusculaires, délire épileptique hallucinatoire, épilepsie larvée, sautes d'humeur, associations schizophréniques, démence et altération de la personnalité. La modification du caractère épileptique est un produit complexe d'éléments constitutionnels et accidentels : ce sont les troubles de la conscience qui accélèrent le plus le processus de désintégration.

En terminant, l'auteur prend position contre certaines affirmations sur l'influence néfaste de certaines thérapeutiques sur le caractère des épileptiques. Convenablement associés et dosés, le bore, le brome, le gardénal ne provoquent pas de troubles psychiques secondaires. Seule l'*interruption brusque* de leur usage, ou de l'usage de l'hydantoïne, provoquent des crises très graves.

Conscience et mémoire dans l'épilepsie (Considérations théoriques, essai d'interprétation), par M. J. Sutter (d'Alger-Blida).

La conscience et la mémoire ne doivent être étudiées que dans les paroxysmes (crises convulsives ou accidents psychiques), l'état intercalaire pou-

vant difficilement être intégré dans le cadre, déjà fort étendu, des syndromes épileptiques.

Du point de vue neuro-biologique, la crise semble due à la diffusion à travers les masses encéphalo-médullaires d'un processus dont la nature exacte — peut-être non univoque — est mal connue. Son point de départ (indiqué par l'aura) et son itinéraire sont variables ; les troubles de la conscience et de la mémoire, à cette phase, le sont également, car ni l'une ni l'autre n'est une fonction simple que l'on puisse « localiser » dans un périmètre limité ; toutes deux, au contraire, utilisent pour se manifester des appareils fonctionnels nombreux, diversement situés. Lorsque le diencéphale vient à être gagné à son tour par la vague de diffusion, il en résulte le plus souvent une perte de conscience brutale et complète car les centres réflexes de cette région déclenchent des modifications très étendues de l'axe nerveux.

L'analyse psychologique des phénomènes montre que les troubles de la conscience et de la mémoire ne sont pas rigoureusement parallèles. Les perceptions, les associations, l'affectivité, toutes les structures psychologiques élémentaires qui interviennent dans la synthèse consciente, atteintes à des degrés variables, jouent leurs rôles et donnent à chaque cas, à chaque phase de l'évolution sa physionomie particulière.

L'application des conceptions bâties par MM. Ey et Rouart sur les schémas de Jackson, de celles de M. Delay sur les dissolutions de la mémoire, permet d'envisager le problème sous un aspect différent, « dynamique » ; elle donne surtout une explication satisfaisante d'une notion importante que la clinique, déjà, invitait à admettre : l'épilepsie réalise, de façon transitoire, des syndromes psychiatriques généraux, purs ou associés, de structures connues (confusion, manie, mélancolie, états oniroïdes, névroses, etc...) : les modifications de la conscience et de la mémoire dans l'épilepsie sont celles que l'on rencontre dans ces syndromes ; leur originalité n'est pas d'ordre structural, elle est d'ordre évolutif (déroulement paroxystique, répétition).

Discussion des Rapports de psychiatrie

M. Jean Delay. — 1) La conscience est une fonction biologique, la *fonction vigile* au sens large, dont les niveaux s'échelonnent entre le plan de l'automatisme et celui de la synthèse mentale, caractérisée par la prise de conscience ou connaissance. L'épilepsie réalise toutes les variétés de dissolution de la conscience, paroxystiques comme dans l'épilepsie-coma ou prolongées comme dans les états crépusculaires. Les dissolutions s'accompagnent de libération d'automatisme de la mécanicité et de la spontanéité. Les oscillations de la fonction vigile sont réglées par un dispositif diencéphalique, dont l'action s'exerce par l'intermédiaire de l'écorce. Il convient d'opposer l'épilepsie commune, dont la perte de conscience constitue le phénomène primaire permettant la libération secondaire d'automatismes moteurs, et qui ne peut être reproduite que par excitation diencéphalique, à l'épilepsie jacksonienne qui peut être reproduite par excitation de l'écorce.

2) Les dissolutions de la mémoire sont proportionnelles aux dissolutions de la conscience, dont elles constituent en quelque sorte une mesure. A une dissolution totale correspond une amnésie totale, à une dissolution partielle une amnésie partielle. Pendant les états crépusculaires, il n'y a pas

mémoration de souvenirs, mais fixation d'images ; après il n'y a pas mémoration de souvenirs, mais réminiscence d'images, qui ne sont pas reconnues comme appartenant au passé, mais qui peuvent reparaître dans un nouvel état crépusculaire spontané ou expérimentalement reproduit par la narco-analyse. Ici, le malade revit le passé mais ne le reconnaît pas comme tel. La fonction sociale de la mémoire, à savoir la distinction du passé et du présent, est alors abolie, car cette mémoire se joue sur le plan de la subconscience et n'atteint pas le niveau de la prise de conscience, acte de synthèse mentale. Le malade capable d'une *répétition* automatique est incapable de faire un *récit*, car celui-ci implique la reconnaissance du passé comme tel.

M. X. Abély (de Paris). — M. X. Abély apporte une opinion catégorique. Il ne croit pas que les crises convulsives généralisées de l'épilepsie ordinaire puissent être conscientes et mnésiques. Par contre, à son avis, tous les équivalents psychiques ou psycho-moteurs s'accompagnent, comme les états confusionnels, de conscience et de mémoire à des degrés divers. Il pense que le domaine de l'épilepsie a été exagérément étendu aux dépens des manifestations névropathiques, dont l'étude est trop négligée actuellement. A la lumière des données nouvelles, la question de l'épilepsie mériterait une sérieuse révision.

M. Hesnard (de Toulon). — M. Hesnard reproche aux rapporteurs d'utiliser la psychologie traditionnelle, dont la pensée causale et métaphorique est aujourd'hui dépassée. Utilisant la notion à la fois behavioriste, gestaltiste et concrète de « structure du comportement », il donne les caractéristiques psychologiques de la crise épileptique, qui réalise des degrés divers de déstructuration ou désintégration du comortement, dont conscience et mémoire ne sont que des aspects plus théoriques que cliniques.

Mme F. Minkowska (de Paris). — Mme Minkowska rappelle ses recherches généalogiques faites en Suisse, qui lui ont permis de préciser les caractères de la constitution épileptoïde avant que n'aient paru les travaux des auteurs allemands cités par M. Braun. Son étude sur van Gogh est venue ensuite enrichir la psychopathologie de l'épilepsie, en mettant en relief les éléments de chute et d'élévation. Enfin, les récentes recherches sur le test de Rorschach, la méthode classique ayant été modifiée et adaptée à la clinique, et une large part ayant été faite au langage, mettent en évidence d'une façon encore plus saillante le mécanisme essentiel de l'épilepsie, en l'opposant à celui de la schizophrénie.

M. G. Heuyer (de Paris). — On ne trouve dans les tentatives d'explications psychologiques aucun renseignement utile au médecin. Les études cliniques, anatomo-pathologiques, physiologiques, électro-encéphalographiques et neuro-chirurgicales nous apprendront davantage sur la conscience et la mémoire dans l'épilepsie et sur l'épilepsie en général que les théories psychologiques, qui donnent des formules standard, passagères et vaines.

Ont pris également part à la discussion MM. Ferdière (de Rodez) et J. Titeca (de Bruxelles).

Réponse de M. J. Sutter, rapporteur

Il est impossible, du moins dans l'état actuel de nos connaissances, de considérer l'épilepsie comme une maladie, car les divers syndromes épileptiques ne peuvent être placés sous la dépendance d'une cause unique et

spécifique ; les troubles de la conscience et de la mémoire n'y affectent aucune originalité structurale. L'épilepsie bravais-jacksonienne mérite une place à part dans le cadre de ces syndromes, mais ne doit pas en être distraite. La constatation d'accidents hystériques chez des épileptiques en dehors des paroxysmes ou pendant leur déroulement est fréquente, logiquement explicable, et apparaît comme un cas particulier de ces associations hystéro-organiques sur lesquelles Babinski a tant insisté.

COMMUNICATIONS SE RAPPORTANT A L'EPILEPSIE

De la tachypsychie épileptique à l'hypomanie comitiale, par M. Jean Picard (de Bonneval).

L'auteur rappelle qu'il a proposé précédemment d'appeler tachypsychies comitiales des crises se manifestant chez un certain nombre d'épileptiques sous la forme d'associations automatiques plus ou moins conscientes des pensées à déroulement soudain, fortuit et incoercible. Cette sorte de vertige intellectuel rappelle par certains côtés les manifestations plus durables caractérisant la fuite des idées dans la manie.

Dans un cas d'épilepsie traumatique, les accès tachypsychiques ont abouti à un état chronique d'hypomanie semblant confirmer le lien structural existant entre ces deux ordres de manifestations.

Equivalents épileptiques conscients et mnésiques chez un parkinsonien postencéphalitique, par M. Jean Carrier (de Lyon).

L'épilepsie se manifeste ici par des décharges psychomotrices paroxystiques intermittentes, relativement conscientes et mnésiques, ayant tendance à réaliser une évolution progressive. Ce véritable syndrome doit être mis sur le compte de l'évolution du processus encéphalitique intéressant la région diencéphalique et responsable à la fois du syndrome parkinsonien, des crises oculogyres et autres phénomènes moteurs, et enfin des manifestations hyperthymiques observées.

La nature des psychoses épileptiques chroniques, par M. M. Bleuler (de Zurich).

L'étude de la nature des psychoses épileptiques chroniques a été jusqu'à présent négligée. Ces psychoses épileptiques chroniques sont consécutives à une lésion cérébrale diffuse et font donc partie du syndrome psycho-organique. Leur position spéciale dans le cadre du syndrome psycho-organique est conditionnée, dans une grande mesure, par l'âge auquel apparaissent les modifications épileptiques du cerveau.

Altération « épileptique » du caractère chez deux hérédo-ataxiques, par M. G. Schneider (de Céry-sur-Lausanne)

L'observation de deux hérédo-ataxiques, frère et sœur, est analysée par M. G. Schneider au double point de vue de la psycho-pathologie et de l'évo-

lution des troubles psychiques par rapport à la marche du processus dégénératif. Chez le frère, le syndrome psycho-organique suit avec un certain parallélisme le syndrome neurologique, l'un et l'autre étant constitués vers la vingtième année et ne progressant que très lentement. Chez la sœur, les troubles psychiques (psychose organique) anticipent l'éclosion des manifestations cérébelleuses, qui s'accélèrent subitement vers la quarantaine. L'unité est faite par des modifications caractérielles, identiques à celles des épileptiques et solidaires d'altérations intellectuelles.

Etudiant les rapports de certaines épilepsies avec le sommeil normal, avec les états pathologiques considérés comme des sommeils partiels (narcolepsie, cataplexie, onirisme) et faisant état du sursaut musculaire de l'endormissement qu'il considère comme une épilepsie en miniature, l'auteur pense que la dissolution de fonction qui conduit de l'état de veille à l'état de sommeil comporte « un moment fécond » favorable au déclenchement de l'épilepsie. Il isole ainsi des épilepsies de « structure morphéique » et définit les critères qui permettent de reconnaître de pareilles épilepsies, lesquelles sont souvent mal influencées par les médications hypniques, tandis que l'usage de médicaments anti-hypniques comme le sulfate de phénylamino-propane et l'éphédrine, soit seuls, soit associés au gardénal, fournit de remarquables succès.

Le cardiazol dans le diagnostic de l'épilepsie,
par M. Tosquelles (de Saint-Alban)

L'auteur rapporte les résultats de 708 expertises militaires en vue du diagnostic différentiel des crises convulsives. Il a employé le cardiazol à 0,30 ou 0,35 selon le poids du malade. Le diagnostic n'était établi d'une façon définitive que si l'épreuve était concordante avec l'anamnèse et la caractérologie. L'auteur décrit la réaction des hystériques et des simulateurs et mentionne les cas où la méthode a échoué. Ayant remarqué une diminution du seuil convulsivant chez les post-commotionnés, il conclut que chez ces derniers le test cardiazolique est sans valeur.

Quelques cas d'automatisme ambulatoire comitial à évolution prolongée,
par MM. P. Merland, J. Alliez et J. Cain (de Marseille).

Chez des épileptiques, les auteurs ont observé des fugues prolongées, dont certaines avaient un caractère très net. L'accès ambulatoire, complètement amnésique, permettra le déroulement d'actes coordonnés, parfois complexes, nécessitant attention et vigilance. L'obnubilation observée à la fin de l'accès peut n'être que consécutive à l'accès. Dans d'autres cas, où la durée de la crise ambulatoire est plus prolongée, la conscience est seulement dégradée et il s'agirait plutôt de confusion post-paroxystique.

Ischémie cérébrale et épilepsie,
par MM. Baisset, Bugnard, Fichgold, Grèzes et Planques (de Paris).

L'expérience montre que la compression simultanée des deux carotides primitives (avec contrôle temporal) entraîne régulièrement, chez l'homme âgé de plus de 45 ans, une perte de conscience complète au bout de dix à vingt secondes ; si la compression est maintenue, se déclenchent des phé-

nomènes toniques et chroniques qui ont une très grande analogie clinique avec la crise d'épilepsie généralisée. L'électro-encéphalogramme montre en pareil cas un ralentissement avec amplification des ondes cérébrales.

Ces phénomènes électriques sont tout à fait analogues à ceux que donne l'ischémie cérébrale obtenue par d'autres moyens (compression sinusale chez des malades à sinus sensible, acétylcholine intraveineuse). Ils sont tout à fait distincts des tracés d'épilepsie ; ils peuvent être provoqués chez des malades présentant des signes cliniques et électriques d'épilepsie essentielle, sans qu'il y ait mélange des deux phénomènes.

Etudes expérimentales sur l'épilepsie de l'électro-choc, I. L'épilepsie sans cortex, par MM. Riser, Gayral et Pigassou (de Toulouse).

Chez l'animal décortiqué à peu près complètement et électivement par électro-coagulation modérée, opéré aseptiquement et revenu à la conscience, l'électro-choc provoque une crise complète et typique où seules les secousses cloniques sont diminuées en intensité et en durée.

Etudes expérimentales sur l'épilepsie de l'électro-choc. II. L'épilepsie sans système pyramidal, par MM. Riser, Gayral, Pigassou et Mlle Lavitry (de Toulouse).

Chez l'animal dont un gyrus sigmoïde a été détruit, la crise provoquée par l'électro-choc garde ses caractères fondamentaux. La phase clonique seule est réduite du côté parésié.

Mêmes résultats bilatéraux, après destruction des deux gyrus. La section élective des voies pyramidales au niveau des pyramides antérieures ne modifie pas davantage l'ensemble de la crise.

Etudes expérimentales sur l'épilepsie de l'électro-choc. III. L'épilepsie diencéphalique, par MM. Riser, Gayral, Pigassou et Ribaut (de Toulouse).

Les auteurs ont excité électivement le diencéphale par les aiguilles isolées ; ils ont obtenu une crise typique avec une intensité de courant et un temps de passage minimes.

Chez un animal où, non seulement l'écorce, mais le centre ovale et les noyaux centraux avaient été détruits et qui cependant restait encore relativement vigilant, l'électro-choc a encore provoqué une crise typique.

Le diencéphale paraît donc être jusqu'ici, sur le plan expérimental, le centre nerveux prépondérant en fait des modifications de la conscience au cours de la crise épileptique de l'électro-choc.

COMMUNICATIONS DIVERSES : PSYCHIATRIE

Altération vasculaire de nature apparemment dysorique intéressant électivement certains vaisseaux corticaux chez des personnes âgées (avec projections), par M. Ferdinand Morel (de Genève).

Sur une série de huit cas, la distribution dans le cerveau de l'affection vasculaire, appelée par Cholz *drusige Entartung*, est étudiée. Cette distri-

bution se fait de façon très élective, se limitant en général à une seule couche d'une aire cyto-architectonique donnée. Elle s'arrête souvent à la frontière d'une aire. Elle montre une prédilection pour la IVe couche de l'aire 17, mais elle peut se rencontrer dans la plupart des aires corticales. Sa distribution symétriquement bilatérale a pu être démontrée.

Cette altération paraît devoir rentrer dans le cadre général de la modification de la perméabilité de la paroi vasculaire (Dysorie de Schürmann). Au voisinage immédiat du vaisseau dégénéré, les différents éléments du tissu nerveux subissent des altérations importantes. Enfin, il ne paraît pas exclu que ce trouble dysorique joue un rôle dans l'apparition des plaques séniles. On voit donc l'importance qu'il revêt pour la pathologie cérébrale et notamment pour la compréhension de cet ensemble complexe qu'est la « démence sénile », dont il semble conditionner une des formes particulièrement malignes.

Etude quantitative de processus dégénératifs au niveau des aires architectoniques frontales gauches dans la maladie d'Alzheimer et dans la démence sénile, par M. S. Mutrux (de Genève).

La maladie d'Alzheimer diffère histologiquement de la démence sénile par une densité plus considérable des plaques séniles, des altérations d'Alzheimer, des réactions astrocytaires et par une diffusion plus importante des lésions dans le cortex.

La distribution des altérations, en quantités élevées dans les aires d'association, en quantités relativement faibles dans les aires de projection, permet de supposer que les processus dégénératifs étudiés débutent dans les premières et progressent en direction des secondes, parcourant ainsi en sens inverse les étapes successives du développement ontogénétique.

Tumeurs cérébrales à forme mentale pure, par MM. Riser et Laboucarié (de Toulouse).

Tumeurs cérébrales à forme psychopathique : Trois cas, un état mélancolique sur fond schizoïde momentanément amélioré par le cardiazol. Deux états dépressifs d'apparence psychogène momentanément réduits, par l'électro-choc, sans signe neurologique jusqu'à la phase terminale. L'amélioration momentanée de ces malades à la suite des chocs, cause d'erreur pour le diagnostic étiologique, paraît due à la prédominance — dans ces cas — des troubles mentaux réactionnels sur les troubles déficitaires. Certaines anomalies évolutives, telle qu'un état de fort électro-choc très prolongé, pouvait orienter vers l'origine organique.

Les fonctions de coordination du diencéphale à la lueur des expériences de W.-R. Hess, par M. Marcel Monnier (de Zurich).

Projection d'un film documentaire qui fait revivre quelques expériences cruciales de W.-R. Hess pour la démonstration du rôle régulateur du diencéphale, tant dans la sphère végétative que dans celle des fonctions de relation. Le film illustre l'influence du diencéphale sur les :

1) *fonctions sensorielles :* astéréognosie visuelle, tactile et kinesthésique;
2) *fonctions somato-motrices :* orientation active de la tête, des yeux, du

tronc dans l'espace (élévation, abaissement, déviation horizontale, manège, enroulement) ; propagation d'une onde d'excitation tonique, adynamie et catalepsie ;

3) *fonctions somato-motrices au service de la vie végétative* (lèchement, mâchonnement, halètement, miction, défécation) ;

4) *fonctions psychiques et affectives :* sommeil, réactions affectives de défense, rage, épouvante avec hallucinations (?), impulsions agressives, boulimie.

Note sur le système réticulo-endothélial et psychiatrie. Quelques résultats du test cancérolytique et du test au bleu de trypan, par M. Tosquelles (de Saint-Alban).

L'auteur rapporte 52 cas, dont 35 du groupe des schizophrènes, 9 séniles et organiques et 8 malades atteints de psychopathie psychogène. Il trouve chez les schizophrènes une chute du facteur défensif hormonal sous la dépendance du système réticulo-endothélial avec présence dans le sang d'un facteur inhibiteur de ces défenses cytolytiques. Le Q.L. est, chez ces malades, inférieur à l'unité. Des cas pouvant être considérés comme appartenant au groupe des encéphaloses font exception, et la diminution du Q.L. n'atteint pas les chiffres aussi bas révélateurs du facteur sécrétoire-inhibiteur. C'est ce qui arrive aussi chez les séniles, surtout lorsque les tableaux cliniques sont typiques, les malades atteints de psychoses ou de névroses psychogènes guérissables se conduisent au point de vue du Q.L. comme les normaux. Les défenses d'ordre cellulaire sont normales ou même augmentées dans tous les cas (bleu de trypan).

Contribution à l'étude des troubles mentaux prémenstruels, par M. Gilbert Meyrat (de Genève). (Travail de la Clinique psychiatrique de Genève (Bel-Air). Dir. : Prof. F. Morel).

Description d'un syndrome mental prémenstruel caractérisé par un état d'excitation et d'irritabilité, sur un fond d'anxiété et par divers troubles généraux. En dehors de ces troubles, on observe souvent l'exacerbation ou même la manifestation prémenstruelle de maladies bien caractérisées, notamment de l'épilepsie, de la cyclothymie et l'hyperémotivité. En général, la thérapeutique, par une hormone lutéinique de synthèse, donne de bons résultats, ce qui fait croire à une origine hypo-lutéinique de ces troubles.

Les principes de Jackson et la psychopathologie d'E. Bleuler, par M. Henri Ey (de Bonneval).

Une véritable théorie organo-dynamiste de la psychiatrie doit s'appuyer sur les principes de Jackson, mais aussi sur l'œuvre d'autres grands théoriciens de la psychiatrie. Les quatre thèses principales d'une telle conception sont : 1) la formation du « tableau clinique » sous le double effet de la dissolution (troubles négatifs ou primaires) et de la libération (symptômes positifs ou secondaires) ; 2) la nature organique ou processus générateur de la dissolution ; 3) la hiérarchie évolutive des fonctions neuro-

psychiques ; 4) la définition des psychoses, non comme des « maladies », mais comme des aspects typiques des maladies (syndromes ou niveaux de dissolution). Ces thèses se retrouvent expressément dans l'œuvre monumentale du maître de Zürich, qui a vraiment introduit dans la psychiatrie classique la profondeur et le mouvement. C'est de lui comme de Moreau (de Tours), de Jackson, de M. Pierre Janet, etc., que nous ne devons cesser de nous inspirer pour construire un instrument théorique dont la science psychiatrique ne saurait se passer.

Discussion

Mme F. Minkowska (de Paris). — Dans son exposé, M. Ey a laissé entièrement de côté le mécanisme de la « Spaltung », un des facteurs essentiels de la conception bleulérienne. Cela montre déjà qu'on ne saurait faire rentrer dans le cadre des idées jacksoniennes l'œuvre de Bleuler.

M. M. Minkowski (de Zürich). — M. M. Minkowski est également d'avis que *Hughlings Jackson* est un précurseur de génie, dont les idées sur l'évolution et l'organisation des fonctions nerveuses par la superposition successive de niveaux fonctionnels toujours plus complexes, et sur leur dissolution à différents niveaux en tant que contre-partie pathologique de cette structure génétique, se sont avérées très fécondes, aussi bien en neurologie qu'en psychiatrie. En neurologie, en particulier, les idées de *Jackson* ont été développées, bien que d'une manière indépendante, notamment par le professeur *de Monakow :* dans son œuvre magistrale, surtout dans ses travaux consacrés à la localisation chronogène, à la diaschisis et la dissolution des fonctions nerveuses (corticales et sous-corticales) par des lésions en foyer de localisation différente. Ces idées ont assumé un caractère plus précis, basé d'une manière plus exacte sur une connaissance approfondie de l'anatomie, l'embryologie, la physiologie et l'anatomie pathologique, c'est-à-dire la neurobiologie du système nerveux. Par rapport à l'œuvre de *Bleuler,* il y a lieu de rappeler que sa notion de la schizophrénie et celle de *Monakow* de la diaschisis ont été créées, l'une et l'autre, à peu près en même temps à Zürich. La dissociation (Spaltung) et ses conséquences dynamiques, pour l'ensemble fonctionnel, c'est l'élément commun de ces deux notions et tout porte à croire que ces deux grands maîtres de notre science se sont influencés et stimulés réciproquement.

Pourtant, tout en reconnaissant avec M. Ey la grande importance des notions génétiques en pathologie, il faut cependant se garder de l'exagérer. L'élément génétique ne suffit pas à lui seul pour expliquer les phénomènes pathologiques, qui ont leur propre sort et évoluent, du moins en partie, d'après leurs propres lois. Entre des phénomènes de dissolution pathologique et les prototypes d'évolution physiologique normale qui en sont le plus proches, il n'y a jamais de concordance complète, mais bien toujours une incongruence plus ou moins prononcée. Dans l'ensemble du tableau pathologique, il y a toujours quelque chose d'irréductible, des anachronismes, des fragmentations, des déformations et des déprédations, tantôt grotesques, tantôt terrifiantes, comme celles auxquelles nous venons d'assister avec épouvante au cours des dernières années. Nous devrons nous efforcer d'étudier ces phénomènes à fond, sans parti-pris, et beaucoup plus que nous ne l'avons fait jusqu'à présent, dans l'espoir de pouvoir éviter de nouvelles catastrophes grâce à un effort commun, scientifique et humain.

Les mythomanes et la guerre, par M. J. Sutter (d'Alger-Blida).

La guerre ne crée pas la mythomanie, mais elle la réactive. Les observations présentées confirment le tableau de Dupré ; de plus, elles mettent en évidence le caractère « totalitaire » de la mentalité mythomaniaque, dont toutes les activités sont mises au service de l'imagination hypertrophiée et aussi le processus très général de la correction de l'invention en fonction de l'entourage que le malade, cependant, sous-estime toujours.

Discussion

M. Eug. Minkowski (de Paris). — M. Eug. Minkowski estime qu'il y a lieu de différencier davantage la mythomanie d'avec le mensonge.

M. J. Sutter. — Il n'y a pas de différence de nature entre le mensonge vrai et l'invention du mythomane ou du délirant imaginatif ; seules diffèrent les personnalités au service desquelles ils s'exercent.

Psychiatrie et Morale, par M. A. Hesnard (de Toulon).

Il est indispensable au progrès scientifique de séparer soigneusement, et à leur origine, la psychologie (normale et pathologique) et les divers chapitres de la philosophie, dont la morale, discipline normative. Or, on retrouve dans certains auteurs contemporains, comme dans le livre (par ailleurs excellent et animé de l'esprit le plus généreux) de M. H. Baruk (*Psychiatrie morale expérimentale*, Presses Universitaires de France, 1945), une survivance rationalisée de la conception animiste et mythologique.

Analysant avec pénétration le sentiment de culpabilité et l'auto-punition, la psychanalyse a révélé des faits permettant aujourd'hui de décrire, sous le terme que nous proposons de *Psychiatrie éthique*, l'ensemble des faits cliniques considérés sous l'angle de la psycho-pathologie de la morale individuelle. En dehors des psychopathes dont la maladie ressortit à une étiologie grossièrement organique, tous les malades de l'esprit se présentent comme s'ils vivaient sous l'empire d'une accusation portée contre leur personne morale (par eux-mêmes ou par autrui, en eux-mêmes ou en dehors d'eux-mêmes). Toute angoisse est teintée de malédiction ; toute accusation persécutrice est un rejet de la faute sur un « on » distinct du sujet, etc.

Sans doute l'explication donnée par Freud de cette culpabilité morbide, sous la forme de la théorie schématique du Sur-Moi, est à réviser. C'est non dans l'hypothèse d'une instance-entité punitive, mais dans la notion behavioriste et gestaltiste de désintégration du comportement qu'il faut chercher la raison de ce fait que la morale individuelle paraît naître génétiquement de l'activité biologique peu après l'ébauche de structuration de la vie affective. Mais en libérant la personne humaine de l'interdiction catégorique et malsaine, du mythe barbare du péché, la psychanalyse vise à édifier une morale saine, adulte et sociale, une morale intégralement humaine, qui épanouira l'individu pourvu de sens social et qui atténuera la fatalité de la psychose.

Discussion

M. H. Baruk (de Paris). — M. H. Baruk répond à M. Hesnard que leurs études portent sur un sujet différent : M. Hesnard étudie le surmoi freudien,

avec les séquelles des défenses familiales plus ou moins arbitraires qui, dans l'esprit de certains prédisposés, peuvent accentuer des inhibitions névropathiques de la volonté. M. Baruk étudie la conscience morale, c'est-à-dire un jugement profond de bien et de mal, non arbitraire mais exact, fonctionnant non comme une défense, mais comme un processus régulateur, source de malaises lorsqu'il est forcé, et source de réactions d'un dynamisme violent lorsqu'il est tourné, comme on peut le noter, soit dans la mélancolie, soit dans les haines et les réactions de persécution. La conscience morale ainsi précisée se place sur le plan de l'observation *scientifique* et clinique et ne constitue nullement, comme semble le croire M. Hesnard, une conception métaphysique *a priori*. Elle ne constitue pas comme le surmoi freudien un simple artefact lié à des défauts d'éducation, mais une fonction essentielle, probablement la plus importante et la plus spécifique de l'espèce humaine, qui, sans doute, comme le langage, se développe avec l'âge et l'éducation mais qui, comme le langage, représente néanmoins une fonction spéciale à l'homme et faisant profondément partie de sa nature.

M. Hesnard estime que les faits cliniques publiés par M. Baruk ont été bien observés mais insuffisamment analysés. La culpabilité morbide préexistait aux crises normales de conscience et en a fait des occasions de s'extérioriser au cours de la période de psychose déclarée. Il s'élève contre le reproche que lui fait M. Baruk de faire le procès de l'éducation morale familiale. C'est avant elle ou plus profondément qu'agissent les facteurs inconscients de formation du Sur-Moi morbide : place de l'enfant dans le rang des frères et sœurs, jalousies infantiles insoupçonnées, révélations sexuelles favorisées par le mystère, etc., mettant souvent hors de cause la responsabilité des parents et éducateurs. Il faut éviter de confondre, en vertu d'un préjugé antiscientifique, l'Immoral et le Pathologique.

M. Verd (de Ferryville). — M. Verd résume ses recherches exposées lors des Journées médicales de Tunis, où il s'est attaché à mettre en évidence *des syndromes schizophréniques au début*, observés chez des jeunes marins ou soldats pendant la guerre ou après la Libération, *les troubles de la conscience morale* envisagés selon les thèmes même de M. H. Baruk : « cette activité psychologique concernant le jugement du Bien et du Mal en rapport avec la conduite. »

Essai sur l'explication des psychoses par l'étude des oscillations de l'élan vital pendant la veille et pendant le sommeil, par M. Rezai (de Téhéran).

Remarques sur le traité de caractérologie de René Le Senne, par M. W. Boven (de Lausanne).

M. Le Senne, philosophe de profession, entend fonder la caractérologie sur un terrain scientifique. Il s'efforce d'y parvenir en distinguant le « caractère au sens étroit » du « caractère au sens large ». Le premier, squelette mental, non évolutif et inaltérable, serait la résultante des hérédités, donc congénital et permanent, et se prêterait à l'observation et à la méthode rigoureuse des sciences. Le second, constitué notamment par la « personnalité », soit l'acquis de l'homme à *Son Moi*, représenterait la liberté opposée à la fatalité en ce sens que le moi jouirait d'un pouvoir de combinai-

son et de refonte des éléments innés, dans les limites imposées par cet inné même. Cette distinction apparaît à M. Boven comme un hiatus coupant le caractère et la caractérologie en deux mondes, l'un fixe comme une génétique pétrifiée, l'autre, d'essence indéterminée, sans circulation ni osmose entre les deux parts. La typologie de Le Senne offre des aperçus ingénieux mais souffre de toute espèce de définitions et d'assimilations arbitraires dont l'auteur énumère, à son avis, les plus choquantes.

Sur ce que la caractérologie apporte et peut apporter à la psychiatrie, par M. W. Boven (de Lausanne).

1) La caractérologie centre ses investigations sur l'homme normal : elle fait boussole en déterminant une sorte de ligne ou d'aire à partir desquelles la pathologie mentale marquera et mesurera mieux les écarts. Elle assouplit par son extension pratique les notions de santé, normalité, anomalie et lutte contre l'esprit de schématisation qui souvent déclasse en classant. 2) Le caractérologue et ses sujets s'assurent par ce commerce entre esprits normaux le bienfait d'une large amabilité mutuelle. La science y gagne de son côté des vues et des lumières sur le déploiement beaucoup plus nuancé de la personnalité saine que celle du patient occulté par un syndrome. 3) La caractérologie est un contrepoids opportun et bienfaisant aux charges souvent démesurées de certains adeptes trop fervents de la génétique. Elle permet de mettre en balance l'inné et l'acquis, l'hérédité et le milieu et de déterminer plus impartialement les valeurs de qualité et de quantité. 4) Elle sert et servira de plus en plus à fixer les pronostics des atteintes mentales. 5) Elle ouvre des voies nouvelles aux investigations sur ce qu'on est convenu d'appeler la structure du caractère.

Sur un facteur antithétique de Kretschmer : le facteur hypoadaptatif, par M. J. Dublineau (de Paris).

La détermination d'indices biométriques a conduit l'auteur à isoler en regard du facteur psychique qu'il considère comme l'expression des possibilités adaptatives du sujet, un facteur hypo-adaptatif, mis en évidence par les valeurs inverses des indices, et qui se réalise morphologiquement dans les types de Sigaud et Mac Auliffe.

L'analyse ethno-sociologique dans les maladies de l'esprit, par M. Aubin (d'Alger).

La confrontation des données de l'ethno-sociologie et de la psychologie donne d'utiles renseignements dans l'analyse des maladies mentales. Exemples : *le comportement des familles après un décès* avec réactions agressives par suite de la croyance suivant laquelle la mort et la maladie sont des « transgressions » ; la *magie*, implicitement utilisée par le malade, soit sous forme de *moyens de connaissance* (procédés divinatoires), soit comme moyens d'actions tels que les équivalents du *Sacrifice* (spécialement étudiés ici) et dont on recherche la signification biologique ; tels encore le *Reniement systématique*, la recherche d'un *Bouc émissaire*, etc...

Sur l'unité de la théorie et de la pratique en psychiatrie,
par M. Lucien Bonnafé (de Paris).

L'auteur s'attache à montrer la fécondité des incertitudes actuelles sur la délimitation de l'objet et de la méthode originaux de la psychiatrie. A l'aide de quelques exemples, il montre comment certaines expériences obligent à une prise de conscience approfondie du fait psychiatrique, réalisant à la fois une mutation brusque de la doctrine et un bouleversement de l'organisation de soins et de réadaptation. Il indique comme but essentiel des recherches actuelles, la « désaliénation » globale du fait de l'aliénation.

Syndromes schizophréniques au début et troubles de la conscience morale, par M. Yvan Verd (de Ferryville).

Sur un ensemble de malades étudiés à l'hôpital maritime Sainte-Anne (avec M. le médecin-chef Buffet) et à l'hôpital maritime de Bizerte, et chez lesquels l'auteur a pu retrouver le mode de début des syndromes schizophréniques, il a conservé, en ce qui concerne le début, la classification de Régis, réservant la classification de Bleuler pour une évolution un peu plus tardive de la maladie.

Les malades furent classés en deux catégories selon le début de l'affection qui précède ou non un épisode confusionnel. Typologiquement, les uns étaient des leptosomes, les autres étaient le plus souvent des pycniques ou des athlétiques et entraient dans la maladie après un épisode confusionnel.

Les délires toujours polymorphes, mal systématisés, reflétaient les troubles profonds de la conscience morale, dont M. H. Baruk a donné la définition. La conscience morale subsiste chez le schizophrène, mais elle est à l'image d'une pensée *naufragée ;* il est important de détecter ce trouble de la conscience morale de façon à l'atteindre par une psychothérapie très appliquée jointe aux thérapeutiques habituelles de choc.

Les observations, faites aux heures douloureuses où la guerre vint troubler les âmes jeunes et jeter le désarroi dans les esprits et dans les cœurs, posent le problème de la souffrance morale, qui dépassent les confins de la Médecine pour atteindre ceux de la Philosophie.

Sur la schizophrénisation de la clinique psychiatrique et de l'âme des hommes contemporains, par M. Bornsztajn (de Lodz).

Catatonie expérimentale et circulation cérébrale,
par MM. H. Baruk, David, Racini et Vallancien (de Paris).

Les auteurs rappellent que la catatonie expérimentale a été réalisée en 1928 par MM. de Jong et H. Baruk au moyen d'un alcaloïde, la bulbocapnine. Ultérieurement, ces deux auteurs ont cherché séparément dans l'organisme humain les substances susceptibles de produire la catatonie. M. H. Baruk a étudié successivement le rôle des toxines tuberculeuses (1932), mais surtout le rôle des facteurs intestinaux (1933) et hépatiques (1934) en réalisant une catatonie expérimentale colibacillaire (1933) et une catatonie expéri-

mentale biliaire (avec L. Camus en 1934). Ultérieurement, il a étudié avec MM. David, Racine, Vallancien et divers collaborateurs, le rôle des diverses substances catatonigènes sur la circulation cérébrale, et les auteurs ont constaté que la plupart de ces substances ont une action *constrictive* sur les vaisseaux du cerveau (bulbocapnine avec Mlle Leuret, toxines, certains extraits de lobe antérieur d'hypophyse, etc...). Ils ont tiré de ces déductions des essais thérapeutiques de la démence précoce par des substances vaso-dilatatrices (folliculine, scopochloralose, etc...). De son côté, M. de Jong, après de nombreuses expériences systématiques faites avec les substances les plus variées, et après avoir considéré la catatonie expérimentale comme une réaction banale du système nerveux, vient dans un travail récent (1945) de reconnaître le rôle capital, et peut-être spécifique des facteurs intestinaux, confirmant ainsi les données publiées douze ans auparavant par M. H. Baruk. Les auteurs pensent qu'un des facteurs de la spécificité des substances catatoniques peut résider dans leur action sur la circulation cérébrale.

Discussion

M. M. Minkowski (de Zürich). — Les beaux résultats obtenus par *M. Baruk* et ses collaborateurs dans la catatonie expérimentale sont du plus haut intérêt. Il semble cependant douteux que l'anémie prononcée à la surface du cerveau qu'ils ont observée, soit la cause réelle de cette catatonie ; probablement, il s'agit plutôt d'un phénomène concomitant. *M. Minkowski* rappelle à ce sujet que la vaso-constriction (et l'anémie cérébrale) a été considérée également par *Spielmeyer* et son école comme cause de la crise comitiale, mais que cette conception n'a pu être non plus maintenue du moins intégralement. *M. Minkowski* demande à *M. Baruk* s'il n'a pas essayé d'élucider la question par l'injection aux animaux d'expérience d'hormones sexuelles, dont on connaît l'action hyperémiante sur le cerveau.

Aspects encèphalographiques dans la démence précoce,
par MM. Roger, Paillas, Ollivier et Gharpin (de Marseille).

Les auteurs ont pratiqué dans treize cas des encéphalographies gazeuses par voie lombaire chez des schizophrènes. Ils ont obtenu 10 pneumo-encéphalographies anormales, parmi lesquelles : *6 images d'atrophie généralisée* et *3 images d'atrophie localisée*, particulièrement aux régions frontales et occipitales. Ils soulignent : 1° le fait qu'ils ont rencontré le processus atrophique généralisé seulement chez des malades anciens dont les lésions dataient de deux à cinq ans et le processus atrophique localisé chez des malades récents, dont l'ancienneté des troubles n'atteignait pas un an ; 2° que certains malades anciens présentent des clichés normaux ; 3° enfin que les deux résultats thérapeutiques qu'ils ont obtenus après traitement de choc (insuline ou cardiazol) sont survenus chez des malades qui ne présentaient pas de lésions atrophiques : l'un avait un cliché normal et l'autre une image d'arachnoïdite.

Evolution de la tuberculose dans le décours de la schizophrénie,
par M. G. Schneider (de Céry-s./-Lausanne).

Obsession et délire à évolution alternante ou simultanée depuis vingt-trois ans. Anamnèse encéphalitique, par MM. J. Alliez et J. Cain (de Marseille).

Une obsession à thème de syphilophobie évolue par périodes variables depuis plus de vingt ans. Elle précède, et s'intrique parfois avec des manifestations délirantes à base surtout hallucinatoire auditive associées à des symptômes divers d'automatisme mental. Les premiers accès délirants avaient été intenses mais tendent actuellement à s'atténuer, comme la phobie. Les auteurs ont été frappés par l'évolution autonome de chacun des deux processus et soulignent l'intérêt du cas pour l'étude des conditions du passage de l'obsession au délire. L'étiologie encéphalitique, dont la signature au point de vue organique est constituée par une amimie notable, expliquerait, associée à l'absence de constitution paranoïaque, le peu d'extension des concepts délirants.

Les hallucinations olfactives agréables, par M. J. Alliez (de Marseille).

L'auteur a observé des hallucinations olfactives agréables au cours d'états délirants banaux, où elles étaient intégrées dans le délire, sans signification pronostique apparente. Mais il a vu, bien qu'exceptionnellement, chez des malades en voie de guérison, la transformation des odeurs désagréables aux odeurs indifférentes ou suaves. Il souligne l'intérêt de cette corrélation en ce qui concerne les rapports du trouble psycho-sensoriel et du délire.

Une curieuse anonymographie (délire psychasthénique),
par MM. Ferdière et Dequeker (de Rodez).

Conception organiciste du syndrome neurasthénique,
par M. Aubin (d'Alger).

Le syndrome neurasthénique est une réalité clinique et correspond à un processus organique torpide, fixé ou faiblement évolutif ; le plus souvent, il s'agit d'une tuberculose atténuée pulmonaire ou extra-pulmonaire du type Burnand-Jacquelin ; plus rarement de lésions pelviennes.

Le mécanisme consisterait en un dérèglement végétatif avec réflexes dépresseurs et les multiples troubles fonctionnels observés dans la « pathologie des cicatrices », telle que Leriche nous a appris à la connaître.

Tentative de suicide par le thallium,
par M. J. Bacquelin, pharmacien et le Dr P. Loo (de La Charité-s./-Loire).

Les auteurs relatent le cas d'une jeune fille qui, au quatrième mois d'une grossesse, absorba en plusieurs jours la dose totale de 4 gr. 30 de thallium. Elle présenta une chute totale des poils (cheveux, cils, sourcils, pubis), quelques troubles digestifs, des troubles polynévritiques, sans abolition des réflexes. Une cécité et une surdité passagères, quelques troubles digestifs (vomissements), de la tachycardie, accouchement normal et à terme, l'enfant né sans cheveux, pesant six livres.

II. NEUROLOGIE

RAPPORTS DE NEUROLOGIE

Troubles nerveux réflexes extenso-progressifs. Essai sur divers types de troubles nerveux d'allure extensive et d'ordre réflexe, par irritation périphérique, le plus souvent traumatique, par J.-A. Barré (de Strasbourg).

Les *Annales médico-psychologiques* ont déjà présenté à leurs lecteurs les travaux antérieurs dans lesquels le professeur J.-A. Barré a réuni les documents qui lui ont permis d'édifier cette intéressante synthèse clinique. Dans ce rapport, l'auteur fait assister le lecteur à la genèse de cette synthèse et montre, en rappelant les observations qu'il a été amené à faire dans un ordre non prémédité, l'élaboration progressive de la conception d'ensemble qui les relie.

Le rappel des cinq observations principales (crises douloureuses extenso-progressives par névrome périphérique guéries par l'ablation du névrome ; épilepsie par irritation périphérique d'origine traumatique guérie par l'ablation des névromes d'un doigt ; syndrome syringomyélique par blessure non suppurée du poignet ; syndrome de sclérose latérale amyotrophique après blessure périphérique minime ; troubles moteurs et sensitifs di-homo-méliques après blessure périphérique minime) établit comment et pourquoi M. J.-A. Barré acquit la conviction que ces cas constituaient légitimement un groupe authentique et nouveau. Il s'agit, en effet, dans toutes ces observations, de troubles nerveux extenso-progressifs, d'origine traumatique et par irritation périphérique, dont le développement peut apparaître rapidement ou plus tardivement, déborde largement la zone traumatisée, sont hors de proportion avec la lésion causale souvent minime, prennent fréquemment le type d'algies violentes ou d'autres aspects divers plus ou moins graves (hémiplégie, spasme de torsion, crises toniques ou tonico-cloniques d'épilepsie localisée, syndrome syringomyélique, sclérose latérale amyotrophique, états mixtes résultant de combinaisons multiples de ces différentes formes : énumération nullement limitative, ce chapitre nosographique paraissant destiné à un notable développement ultérieur).

Cette synthèse clinique, dont l'auteur fait observer qu'elle est aussi légitime que celle des troubles nerveux d'origine anémique, formée également de troubles assez polymorphes, apporte avec elle d'importantes et nouvelles conséquences médico-légales sur l'intérêt desquelles on ne saurait trop insister. Un cas de M. J. Lhermitte apporte à l'anatomie pathologique encore à établir de ces troubles une documentation précise mais de nouvelles recherches devront être entreprises, capables de déceler des altérations sans doute très fines des fibres et des cellules nerveuses (particulièrement du système sympathique), de la névroglie, des vaisseaux, cela dans les diverses parties du système nerveux central et périphérique. Pour la physiologie pathologique de ces troubles, M. J.-A. Barré fait intervenir une notion nouvelle, celle des actions réflexes extensives et rappelle les expériences de Roussy et Mosinger, Laruelle, sur le rôle particulièrement important joué en physiologie comme en pathologie par les voies sympathiques

si abondamment représentées dans la moelle, les centres nerveux supérieurs et spécialement dans le diencéphale. Il en résulte que les troubles nerveux extensifs post-traumatiques sont de nature à disparaître si l'on enlève à temps l'épine irritative ou si l'on coupe précocement le cheminement vers les centres de l'action périphérique. Un traitement d'urgence en amène la guérison complète. Que la blessure soit importante ou le plus souvent très minime, ce qu'il faut considérer avant tout, c'est la réaction initiale. M. J.-A. Barré indique par quels moyens médicaux et chirurgicaux il faut agir, tant en présence des réactions initiales que, dans les différentes formes, en présence de troubles algiques, physiopathiques, moteurs, etc., établis. A l'intérêt thérapeutique et l'intérêt médico-légal de ce groupement nosographique ainsi mis en valeur, s'ajoute le fait d'avoir remis en honneur une pathogénie depuis longtemps tenue en suspicion légitime.

Les troubles nerveux réflexes extenso-progressifs. Essai clinique, pathogénique, thérapeutique et médico-légal, par G. de Morsier (de Genève).

Après avoir rappelé ses publications antérieures sur le parkinsonisme consécutif aux lésions périphériques (1932) et, plus récemment, sur les troubles réflexes consécutifs aux lésions des membres (1944, 1946), le professeur G. de Morsier, en un premier chapitre précédé d'un historique de la question, résume ses travaux portant sur l'étude de 36 observations de « troubles nerveux réflexes d'extension habituelle ». Il en énumère les différents symptômes, qu'il groupe en six types cliniques selon la prédominance des troubles hypotoniques et amyotrophiques, des contractures, des douleurs, des troubles de la sensibilité, des troubles vaso-moteurs, de l'adynamie. Les contusions simples, sans lésion extérieure visible ou avec tuméfaction passagère sont les causes les plus fréquentes de troubles réflexes et ces troubles atteignent avec une plus grande fréquence le membre supérieur. Au membre inférieur, leur cause est le plus souvent une distorsion articulaire du genou. Selon l'évolution, l'auteur décrit deux formes : adynamie aiguë réversible d'évolution favorable ; forme extenso-progressive proprement dite à temps de latence variable et de pronostic réservé. M. G. de Morsier conseille d'éviter les interventions chirurgicales sur la région lésée, interventions qui, ajoutant de nouveaux réflexes aux premiers, ont généralement pour résultat d'aggraver le syndrome douloureux.

Dans deux cas, auxquels l'auteur consacre un chapitre spécial, des crises nerveuses généralisées se sont superposées aux troubles réflexes habituels. Les chapitres suivants sont consacrés à l'exposé des notions actuellement admises sur le parkinsonisme consécutif à une lésion périphérique, et à l'étude d'un cas d'interprétation difficile, où un syndrome de spasme de pronation analogue à ceux que l'on rencontre dans les spasmes de torsion d'origine centrale succéda à un traumatisme périphérique (chute violente sur l'épaule droite et la partie droite de la tête, suivie dix ans plus tard d'une nouvelle chute sur la région de l'omoplate du côté droit).

Rappelant ses constatations antérieures, sur le siège dans les centres mésodiencéphaliques des réflexes nociceptifs responsables des troubles envisagés, sur la ressemblance de la « main physiopathique » et de la « main thalamique », M. G. de Morsier expose sa conception de l' « adynamie » dans les syndromes diencéphaliques, adynamie qui peut être régionale.

L'hypothèse de réflexes passant par le diencéphale explique la complexité des troubles moteurs, sympathiques, leur variabilité et l'apparition en apparence paradoxale d'autres troubles variés. Régressifs ou extenso-progressifs, les troubles post-traumatiques des membres s'intègrent dans le vaste cadre de la pathologie réflexe, les afférences nociceptives pouvant provenir, soit des récepteurs périphériques, soit des troncs nerveux, soit des racines. C'est l'irritation périphérique due à la blessure qui joue le rôle primordial. La mise en état d'excitation et d'inhibition des innombrables neurones étagés tout le long de la moelle, du tronc cérébral et du diencéphale, en particulier des neurones sympathiques, explique les répercussions sur les différentes fonctions diencéphaliques.

Qu'il soit médical ou chirurgical, selon les cas, le traitement consiste essentiellement à rompre le réflexe pathologique dans n'importe quel segment de son arc. La statistique personnelle de l'auteur donne, sur 36 cas : 9 guérisons complètes, 9 améliorations, 18 résultats nuls, le chiffre des guérisons et des améliorations étant beaucoup plus élevé dans les formes avec contracture que dans les formes avec amyotrophie et paralysie.

Au point de vue médico-légal, s'il convient de n'admettre qu'avec une grande prudence le rapport de causalité entre un traumatisme périphérique et le syndrome constaté, il ne faut pas perdre de vue que ces troubles sont réels et s'accompagnent de vives douleurs physiques et morales. D'où la nécessité du repos, du traitement et, si l'état persiste malgré le traitement, d'une indemnisation convenable. M. G. de Morsier termine par l'exposé d'un cas intéressant fixant à ce point de vue, de façon fort pertinente, la jurisprudence du Tribunal fédéral dont il convient en outre de citer la phrase suivante dans un jugement d'appel : « Les troubles psychiques provoqués « par un accident qui ont entraîné une diminution ou même la perte totale « de la capacité de travail ne peuvent pas être ignorés pour cette seule rai- « son que la victime s'est fait des idées fausses quant aux effets de l'acci- « dent sur son intégrité corporelle. »

Discussion des rapports de neurologie

M. G. Bourguignon (de Paris). — L'auteur rappelle ses travaux sur les modifications des chronaxies par répercussions et leur application aux syndromes-réflexes. Par une nouvelle observation, il montre que les valeurs des chronaxies, qui vont en diminuant de valeur depuis la région traumatisée jusqu'aux régions les plus éloignées, témoigne de l'extension progressive des lésions de la corne antérieure dans ce cas et il montre l'importance médico-légale, à côté de l'importance pour la pathogénie des mesures de chronaxies dans les syndromes réflexes.

De vingt-neuf années d'expériences, il conclut que le meilleur traitement des syndromes réflexes est la diélectrolyse d'iode s'il y a une cicatrice, de calcium s'il y a des douleurs. Il en rapporte une observation très démonstrative, où un grand os lésé s'est remis seul en place dans un mouvement au bout d'un an de traitement.

M. J. Boisseau (de Nice). — *Les troubles nerveux réflexes constituent un groupe nosologique limité.* A vouloir en agrandir le cadre, on risque d'y intégrer des manifestations qui ne lui appartiennent pas. Il en est ainsi des formes motrices continues, localisées (type Babinski-Froment) ou extenso-progressives (type Barré). Pour Roussy, Boisseau et d'Œlsnitz, la patho-

génie de ces accidents est la suivante : dans ces faits, il y a lieu de considérer : 1) un élément moteur, exactement reproductible par la volonté, susceptible de disparaître brusquement par persuasion et, pour ces raisons, de nature pithiatique ; 2) des éléments secondaires (vasomoteurs, thermiques, sécrétoires, trophiques; etc.) variables dans leur groupement et leur intensité, de nature organique ou physiopathique ; 3) un élément mental permettant la création et la persistance du trouble moteur. Trois facteurs *associés* président au développement des troubles secondaires : une prédisposition (dérèglement du sympathique) antérieure au traumatisme causal et indépendante de lui ; l'immobilisation pithiatique, l'état mental. Aucun de ces trois facteurs ne peut *à lui seul* produire ces troubles secondaires que seule leur association est susceptible de provoquer. L'extension des accidents à des régions éloignées du foyer traumatisé concerne l'élément moteur et les troubles secondaires. Pour le premier, Babinski et Froment estiment que, lorsqu'il est étendu, il s'agit d'association hytéro-réflexe. Pour Barré, cette extension est d'origine réflexe. Pour Roussy, Boisseau et d'Œlsnitz, elle est de nature pithiatique. En ce qui concerne l'extension des troubles secondaires, il s'agit pour Babinski et Froment d'un phénomène de répercussivité ; pour Barré, d'une irritation réflexe ; pour Roussy. Boisseau et d'Œlsnitz, c'est la traduction clinique de la prédisposition préexistante (dérèglement du sympathique).

M. Ant. Porot (d'Alger). — M. Ant. Porot souligne le chemin parcouru en quarante ans depuis le rapport de Sicard au Congrès de Rennes en 1905 sur la névrite ascendante qui n'englobait que des faits d'ordre douloureux en rapport avec des effractions cutanées, souvent de l'infection, et ne dépassant jamais l'étape radiculo-médullaire. Intéressante au point de vue nosographique, la tentative d'élargissement de M. Barré groupe toutefois des faits assez disparates, mais que certaines observations permettent de voir réunis chez un même malade.

Au point de vue étiologique, la notion de traumatisme fermé, celle de non-infection, doivent être admises et M. Porot rappelle à ce sujet ses publications personnelles. De simples agents thermiques peuvent intervenir dans le déclenchement des désordres extenso-progressifs. Déjerine, en 1908, avait publié un cas de paralysie ascendante sous l'action prolongée du chaud. M. Porot a vu une paralysie ascendante du bras provoquée par l'action prolongée du froid sur une main (manipulation quotidienne de blocs de glace).

Il attire à nouveau l'attention sur des faits d'hémiplégie spinale ascendante progressive à évolution lente (syndrome de Mills), syndrome neurologique rare et mystérieux dans son étiologie, dont il a récemment observé deux cas, d'évolution très lente (15 ans et 8 ans), pour lesquels une étiologie réflexe peut parfaitement être invoquée.

Il apporte aussi d'autres faits, parmi lesquels une curieuse observation d'épilepsie jacksonienne réflexe chez un blessé de la cuisse, avec parésie atrophique et troubles sensitifs et trophiques du type syringomyélique au niveau des mains, — ce qui prouve la communauté d'origine de faits très disparates.

Quant aux syndromes parkinsoniens d'origine traumatique, il faut être extrêmement réservé sur leur interprétation étiologique. Le seul cas litigieux que l'auteur ait vu concernait un homme de 55 ans blessé à la main dans un accident du travail et qui, huit mois après, faisait un hémi-syn-

drome parkinsonien de ce côté. Mais ce sujet était à l'âge de la maladie de Parkinson vraie, — ce qui ne permettait pas de conclure à l'imputation d'origine. Il restera toujours à expliquer les raisons de l'inscontance de tous ces syndromes réflexes extenso-progressifs et pourquoi ils se manifestent seulement dans certains cas et pas dans d'autres.

M. H. ROGER (de Marseille). — Le professeur Roger, après avoir félicité M. Barré de son admirable effort scientifique, rappelle quelques observations de paralysie extenso-progressive auxquelles il a consacré avec Paillas et Boudouresques un mémoire récent (*Marseille médical*, 1946). Il insiste plus particulièrement sur les formes rappelant la sclérose latérale amyotrophique, qui se termine parfois comme elle par l'étape bulbaire après une évolution plus ou moins longue, ainsi que sur la forme syringomyélique.

Il n'a personnellement pas rencontré de Parkinson vraiment post-traumatique et met en garde contre la trop grande extension qu'on voudrait donner à l'épilepsie réflexe.

COMMUNICATIONS SUR LE SUJET DES RAPPORTS DE NEUROLOGIE

Un cas de pseudo-œdème réflexe extenso-progressif, par M. J. BOISSEAU (de Nice).

M. Boisseau rapporte l'observation d'un très volumineux œdème de la main et de l'avant-bras remontant jusqu'au milieu du bras, considéré pendant longtemps comme d'origine réflexe. Non seulement il présentait tous les caractères cliniques attribués à ces œdèmes réflexes, mais encore les circonstances morales plaidaient à l'encontre de toute possibilité de provocation volontaire. Malgré une surveillance pourtant sévère, exercée pendant dix mois, on ne put jamais prendre cet homme en défaut, mais la *surveillance médicale strictement ininterrompue* permit d'obtenir en dix-huit heures la disparition de cet œdème, qui datait alors de trente-huit mois, l'aveu écrit de la provocation, la guérison soudaine de la contracture de la main en poing coexistante. Bien que la main fût cyanosée et beaucoup plus froide que la saine, les oscillations artérielles étaient nettement plus amples que du côté sain. Roussy, Boisseau, d'Œlsnitz considèrent que dans les cas d'œdèmes segmentaires, la constatation de cette macrosphygmie permet de présumer l'origine provoquée. Tout œdème considéré comme réflexe, non soumis à l'*épreuve de la surveillance médicale continue*, pourra toujours être considéré comme suspect.

Les troubles moteurs réflexes continus localisés (type Babinski-Froment) ou extenso-progressifs (type Barré) sont-ils réellement rebelles à la psychothérapie ? par M. J. BOISSEAU (de Nice).

Pour M. Boisseau, si les troubles secondaires (vaso-moteurs, sécrétoires, trophiques, etc...) associés à la paralysie ou la contracture dites réflexes ou physiopathiques ne peuvent pas être et ne sont pas modifiés par la persuasion, le trouble moteur, au contraire, est susceptible de disparaître brusquement sous cette influence comme tout accident pithiatique. Il apporte à l'appui une observation de main figée (doigts contracturés en extension),

considérée par Babinski et Heitz comme un trouble physiopathique pur de toute association hystérique, cas dans lequel la nature pithiatique de la contracture put être prouvée. En effet, non seulement le trouble moteur était exactement reproductible par la volonté, mais encore il guérit brusquement par persuasion. Par surcroît, la contracture disparaissait lorsque le contrôle de la volonté cessait de s'exercer. C'est ainsi que, au cours de deux crises comitiales, la main figée en extension se contracta en poing comme la main saine. Pendant la période d'obnubilation consécutive à chacune de ces crises, le sujet utilisa normalement sa main malade, pour la « refiger » immédiatement dès qu'on le lui fit remarquer, et cela à plusieurs reprises. M. Boisseau souligne que, chez ce sujet qui n'en avait jamais eu antérieurement, les deux crises comitiales survinrent au cours des séances de traitement psycho-faradique, paraissant avoir été déclenchées par le courant faradique, cependant très faible.

Quelques troubles réflexes nerveux, circulatoires et digestifs chez les amputés algiques, par M. Sliosberg (de Paris).

Les troubles réflexes observés chez les amputés algiques, épilepsie localisée ou généralisée, douleur à distance, troubles circulatoires et digestifs, sont très fréquents et polymorphes ; ils posent des problèmes théoriques et médico-légaux difficiles à résoudre et qui mériteraient une étude approfondie sur une vaste échelle.

Probabilité de la participation de céntres cérébraux et médullaires dans quelques cas de troubles nerveux d'ordre réflexe, par M. H. Brunschweiler (de Lausanne).

a) Deux cas : l'un par contusion de l'épaule, l'autre par corps étranger dans le poignet. Evolution progressive vers une maladie dépendant de domaines cérébraux (diencéphaliques) sans relation avec la région du traumatisme initial (état parkinsonien).

b) Pseudo-syringomyélie durant depuis trois ans, atteinte matérielle, type médullaire en foyer, durable mais réversible, et vraisemblablement conséquence de « l'insulte » causée aux centres qui reçoivent l'afférence nocive. Probabilité de modifications physico-chimiques centrales, peut-être aussi périphérique, pouvant produire des variations de l'excitabilité et de son seuil. Les réflexes d'axone, parfois indiqués, n'expliqueraient à eux seuls que des troubles réflexes locaux sans caractère central. L'atteinte centrale est prouvée ici par la thérapeutique par voie croisée. Guérison en six semaines.

Troubles nerveux d'ordre réflexe : a) par névrite légère, b) par troubles de l'éruption dentaire, par M. H. Brunnschweiler (de Lausanne).

a) Contractures paradoxales (main d'accoucheur) dans névrites traumatiques légères (cubitales) conduisent à se demander si la névrite elle-même ne devient pas cause initiale de troubles nerveux réflexes, d'où indication de dissocier : névrite avec irritation névritique en ses deux facteurs constituants : névrite et troubles nerveux réflexes.

b) Simples activités réflexes à distance qui ne durent que ce que dure

leur cause et disparaissent avec sa suppression. Sont à différencier des cas précédents. A rapprocher des troubles nerveux réflexes par névromes.

L'ipsilatéralité des hémi-syndromes sensitivo-moteurs après les traumatismes craniens latéraux. Leur pathogénie périphérique possible, par M. NAVILLE (de Genève).

Les faits rassemblés par M. Barré paraissent expliquer aussi un certain nombre des troubles nerveux, observés à la suite de traumatismes craniens, et attribués trop exclusivement à des lésions centrales. La même explication peut s'appliquer aux affaiblissements unilatéraux de tout le corps, moteurs, sensitifs et sensoriels. Ce syndrome, étudié particulièrement à Genève par MM. de Morsier, Franceschetti et Cheridjian, n'est mis en évidence que par un examen très attentif des malades, qui souvent ne s'en plaignent pas eux-mêmes. Il est deux fois plus fréquent à gauche qu'à droite lorsque le point de choc est médian ou ne peut être précisé exactement.

Mais la prédominance gauche est surtout mise en évidence dans les cas de traumatismes craniens latéraux : le syndrome en question s'observe presque dans tous les cas à gauche, lors de traumatismes craniens gauches, tandis qu'il ne s'observe que dans la moitié des cas à droite lors de traumatismes craniens droits. Cette ipsilatéralité paraît provenir, non de lésions ou troubles cérébraux croisés, mais comme pour les autres cas rassemblés par M. Barré, d'une pathogénie par répercussion ou irradiation nerveuse ipsilatérale, dont les voies peuvent du reste passer par des relais simplement périphériques, mésocéphaliques ou même corticaux.

Deux observations de syndrome extenso-progressif à type de sclérose latérale amyotrophique consécutifs à des gelures des mains, par MM. J.-E. PAILLAS et P. GALLOIS (de Marseille).

Observations de deux jeunes gens de 20 ans, qui furent atteints en montagne de gelures des mains. Ils présentèrent un mois plus tard une amyotrophie de type Aran-Duchenne avec réflexes vifs et contractions fibrillaires. L'un d'eux présentait en outre, d'un même côté, une manœuvre de la jambe positive et les signes d'Oppenheim et de Rossolimo. Tous les signes ont actuellement régressé. Les auteurs insistent sur la netteté de la séméiologie, sur l'évolution et la rareté de pareil facteur actiologique.

COMMUNICATIONS DIVERSES DE NEUROLOGIE

Variation des chronaxies vestibulaires et neuromusculaires dans la crise d'hystérie provoquée et dans les disparitions de contracture hystérique par suggestion, par MM. Georges BOURGUIGNON, DEWURF et André BOURGUIGNON (de Paris).

Dans ce travail, les auteurs montrent d'abord que le déclenchement expérimental d'une crise d'hystérie produit une augmentation des chronaxies vestibulaires comme dans l'épilepsie. Un sujet normal reproduisant volon-

tairement toutes les phases de la crise de la malade, objet de l'expérience, n'a aucune variation de ses chronaxies vestibulaires.

Chez une deuxième malade atteinte de contracture hystérique avec anesthésie, les chronaxies motrices sont celles qu'on trouve dans les lésions vestibulaires, les chronaxies sensitives sont augmentées au membre supérieur et diminuent au membre inférieur, les chronaxies du faisceau pyramidal varient en sens inverse des chronaxies motrices périphériques et les chronaxies vestibulaires sont augmentées. Par la suggestion armée, la contracture et l'anesthésie disparaissent. Aussitôt, les chronaxies motrices, sensitives et celles du faisceau pyramidal reviennent à la normale ; les chronaxies vestibulaires diminuent mais ne reviennent pas immédiatement à la normale.

Enfin, chez une troisième malade faisant des crises ressemblant à la tétanie, les chronaxies des interosseux étaient normales dans l'état ordinaire mais ont diminué pendant une crise d'aspect tétaniforme déclenchée par hyperpnée, au lieu d'augmenter comme dans la vraie crise tétanique par hyperpnée ! Les auteurs concluent que l'hystérie est un état pathologique que la chronaxie permet de distinguer de la simulation dans laquelle on ne trouve que des chronaxies normales.

Etude clinique et thérapeutique des algies des amputés, par M. Sliosberg (de Paris).

Les algies s'observent avec une très grande fréquence chez les amputés ; elles sont le plus souvent d'apparition très précoce, mais surviennent parfois après un temps de latence se chiffrant par des années. Localisées, soit au moignon seul, soit au membre fantôme, elles sont le plus souvent d'un type mixte, et affectent une forme continue, paroxystique ou continue et paroxystique. Leur intensité est souvent extrême. Le traitement chirurgical échoue le plus souvent, sauf les interventions sur le sympathique.

Parmi les méthodes de thérapeutique médicale, l'auteur cite l'administration de thiamine qu'il préconise depuis 1938 et qui lui a donné des résultats très favorables.

Sur l'endangéite oblitérante du cerveau, par M. M. Minkowski (de Zurich).

L'endangéite oblitérante non spécifique connue principalement comme une affection vasculaire des extrémités sous le nom de maladie de Buerger, peut aussi atteindre les vaisseaux des organes internes (surtout les coronaires du cœur, les artères pulmonaires, les vaisseaux de l'intestin grêle, de la rate, des reins, de la rétine et du cerveau. M. Minkowski a observé au cours des dernières années au moins sept cas d'endangéite oblitérante du cerveau, dont deux contrôlés par l'autopsie. Il projette des images microscopiques des cerveaux et surtout de vaisseaux cérébraux de ces deux cas et expose brièvement l'historique, l'anatomie pathologique, la pathogénie, la sémiologie clinique, le diagnostic différentiel, le pronostic et la thérapeutique de cette affection, dont il faut désormais tenir compte, aussi bien en neurologie qu'en psychiatrie.

Tumeurs des plexus choroïdes, à propos d'un papillome choroïdien et d'un épithéliome malpighien, par MM. L. CORNIL, J. PAILLAS, H. GASTAUT et J. CHARPIN (de Marseille).

Les auteurs ont observé une tumeur du ventricule latéral chez une femme de 61 ans, objectivée par une hémiparésie, avec hémianopsie latérale et une stase papillaire ; la malade a été guérie par l'ablation de la tumeur. Le deuxième cas a trait à une tumeur du III[e] ventricule chez un homme de 52 ans, avec grande hypertension intra-crânienne, hémianopsie bitemporale ; l'exérèse fut suivie du décès.

La première tumeur était un papillome choroïdien bénin et typique, la seconde est un épithéliome spino-cellulaire dont la rareté est soulignée et l'existence peut être expliquée, soit par une métaplasie malpighienne de l'épithélium choroïdien, soit par une hétérotopie vestigiaire.

Peut-on parler d'une innervation végétative de la cellule nerveuse ? par M. E. LANDAU (de Lausanne).

Chaque tissu de notre corps possède une innervation végétative qui lui appartient en propre. Pourquoi n'en serait-il pas de même du tissu nerveux ? Les recherches histologiques personnelles de l'auteur l'ont précisément mis à même de répondre à cette délicate question et de donner une interprétation nouvelle de quelques faits déjà décrits par les maîtres de la neurohistologie. On sait que des neurofibrilles émanant d'une cellule ganglionnaire peuvent faire synapse avec d'autres fibrilles au moyen d'un réseau intercalaire, mais elles peuvent aussi aller entourer d'autres cellules nerveuses au moyen d'un « peloton » ou venir reposer sur leur surface au moyen de « boutons terminaux ». Ces deux formations (peloton et boutons terminaux) sont interprétées par l'auteur comme les instruments de l'innervation végétative de la cellule nerveuse.

DISCUSSION

M. M. MINKOWSKI (de Zürich). — M. Minkowski félicite *M. Landau* de ses beaux résultats. La démonstration de terminaisons nerveuses relevant du système autonome autour de cellules nerveuses est d'un haut intérêt, aussi bien physiologique que clinique. Ainsi, il y a lieu de rappeler les expériences, les vues de *Cannon* et de *Hess* sur l'influence du système autonome, sympathique et parasympathique, sur le comportement général de l'animal. Il y a lieu d'invoquer également les états de sympathicotomie ou de vagotonie, la dystonie neuro-végétative, les troubles neuro-végétatifs consécutifs à des commotions cérébrales dans lesquels les fonctions du système nerveux animal sont également atteintes. Le professeur Minkowski demande au rapporteur si, dans son idée, les terminaisons sympathiques autour de cellules nerveuses peuvent être mises en rapport avec la fonction du sommeil, d'un côté, avec la dissolution des corpuscules de Nissl ou la chromatolyse sous l'influence d'une fonction exténuante, de l'autre.

L'insula en anatomie comparée, par M[lle] FRIANT (de Paris).

L'*Insula*, ou Ile de Reil des hémisphères cérébraux, n'est pas une formation particulière à l'homme ; une *insula* comparable, jusqu'à un certain

point, à l'*insula* humaine, s'observe chez certains mammifères comme les ours, les moutons, et surtout les singes ; mais chez aucun d'entre eux, elle n'atteint la grande étendue qu'elle acquiert chez l'homme où elle comporte tout le territoire central, y compris le *gyrus reuniens,* à l'exception, toutefois, de la première circonvolution temporale exposée.

L'intégration de la motricité chez le nouveau-né normal et l'anencéphale, par M. Marcel Monnier (de Zurich).

Pour étudier l'organisation de la motricité chez l'homme, on peut avoir recours à deux méthodes : observer comment la nature *élabore* l'organisme moteur ou comment elle le *désintègre.*

La première méthode essentiellement synthétique permet de préciser le plan d'intégration de la motricité à partir des données ontogéniques. M. Monnier projette à titre d'exemple un film qui illustre les principales étapes de l'intégration motrice chez le nouveau-né normal.

La deuxième méthode, analytique, consiste à observer les effets des désintégrations réalisées par la nature elle-même en pathologie. Pour l'illustrer, l'auteur a filmé les manifestations motrices du nouveau-né anencéphale. Le système nerveux de ces êtres ponto-bulbo-spinaux ne réalise que des synthèses motrices élémentaires à caractère massif, véritablement « extenso-progressif », comme chez le fœtus. Les appareils nerveux responsables de ces intégrations libérées du contrôle des centres supérieurs sont les appareils réflexes segmentaires et les systèmes segmento-réticulo-spinaux. Ceux-ci constituent la voie finale commune du système extra-pyramidal.

Discussion

M. M. Minkowski (de Zürich). — M. Minkowski souligne l'intérêt de recherches biologiques sur l'évolution et l'intégration des fonctions motrices, comme celles de M. *Monnier,* et rappelle ses propres recherches sur le développement successif des mouvements et des réflexes (ainsi que des autres fonctions nerveuses) du fœtus humain et du nourrisson (voir M. *Minkowski, Encyclopédie française,* vol. 8, 1938), qui constituent le point de départ naturel pour l'analyse des fonctions ultérieures. Il insiste sur le développement précoce de l'appareil et du nerf vestibulaire (dont la myélinisation commence chez le fœtus déjà environ à l'âge de 4 mois) ainsi que des excitations et des réflexes labyrinthiques, qui sont déclenchés par les mouvements précoces du fœtus, en particulier de sa tête, dans le milieu liquide intra-utérin, et qui, en agissant sur le tronc et les extrémités, les englobent et les intègrent successivement dans ces mouvements. Cette intégration primordiale, proprioceptive de fonctions motrices, s'effectue par l'intermédiaire des voies extrapyramidales, d'abord à un niveau bulbaire, puis au niveau du cerveau moyen, enfin, vers la fin de la vie fœtale, à celui des ganglions de la base, surtout du pallidum (par des voies vestibulaires ascendantes et des voies descendantes pallido-réticulaires, réticulo-spinales, tecto-spinales et d'autres). Ce système vestibulo-extrapyramidal prévaut encore, bien que le cortex entre en fonctions depuis la naissance, chez le nourrisson, environ jusqu'à la fin de la première année (pendant une phase que j'ai appelée phase cortico-sous-cortico-spinale à prédominance sous-corticale). Ce n'est qu'à cette période, avec le soulèvement successif du petit enfant à la position verticale, avec le début de la marche et le développement progressif des images sensorielles propriocepti-

ves et surtout extéroceptives, notamment de la part des télérécepteurs (la vision, l'ouïe, l'odorat) et de leurs associations, que l'écorce cérébrale, en particulier la région motrice avec la voie pyramidale qui en émane, prévaut définitivement par rapport à l'appareil sous-cortical et que s'installe la phase cortico-sous-cortico-spinale à prédominance « corticale » qui dure, normalement, jusqu'à la vieillesse. Cependant, au-dessous du niveau cortical, le système sous-cortical primordial, en particulier le système vestibulo-extra-pyramidal de la motilité persiste et continue à jouer son rôle, soit dans des conditions normales dans les réflexes de posture, les attitudes coordonnées, les automatismes, etc., soit dans des conditions pathologiques que tout le monde connaît.

Etude fonctionnelle des ataxies, par M. Sandro Burgi (de Berne).

Présentation d'un film qui montre les effets d'excitation du ruban de Reil médian et du pédoncule cérébelleux supérieur chez le chat. Dans le premier cas, il s'agit de petits mouvements, apparemment dépourvus de sens, qui affectent surtout la musculature de tout le côté contro-latéral. En excitant le *brachium conjonctivum*, un syndrome hémicinétique assez semblable se produit du côté homolatéral. Ces effets sont interprétés comme des modifications de l'innervation centrale selon les besoins et l'état actuel de la périphérie, d'autant plus que la destruction de ces formations produit des phénomènes ataxiques. Le ruban de Reil médian comporte un système d'afférences qui contrôlent et dirigent l'innervation volitionnelle selon la position et la tension momentanées des effecteurs, tandis que le système cérébelleux a pour mission d'accorder entre eux les effets des grands mécanismes réflexes subconscients et de les adapter aux dispositions de la motricité volontaire. Les ataxies résultent du fait qu'un de ces deux systèmes ne fonctionne plus. A noter qu'en clinique l'ataxie sensible (par défaut d'afférences destinées à l'innervation intentionnelle) ne s'observe jamais à l'état de pureté, les grands syndromes connus (tabétique, névritique, etc.), comportant toujours des lésions de connexions cérébelleuses et surtout d'influx, parvenant aux centres de la moelle.

Contrôle électro-encéphalographique des plaies cranio-cérébrales, par MM. J.-E. Paillas, H. Gastaut et J. Bonnal (de Marseille).

Les auteurs ont examiné à l'électro-encéphalographie, 18 mois après le traumatisme, 13 blessés du cerveau, dont 10 ont fait l'objet d'enregistrement prolongé. L'électro-encéphalogramme était entièrement normal dans deux cas ; il montrait des perturbations focales dans quatre cas, des perturbations étendues ou généralisées dans quatre cas. Les perturbations focales consistent, au niveau de la blessure cérébrale, en dysrythmie lente et survoltée ou en silence électrique cortical (dysrythmie infravoltée). Les perturbations généralisées sur tout le cortex sont caractérisées par des ondes lentes et survoltées. Les sujets primitivement opérés par les auteurs avec la méthode neuro-chirurgicale moderne ont un électro-encéphalogramme normal ou une perturbation focale limitée. Les sujets opérés incorrectement présentent au contraire des séquelles électro-encéphalographiques majeures, coïncidant avec des séquelles cliniques.

Les théories des couleurs à la lumière de la pathologie des images consécutives, par MM. Vugic, Ristié et Levy (de Belgrade).

En confrontant les données de la pathologie des images correctives avec les diverses théories des couleurs, aucune des théories ne s'accorde. Seule la récente théorie de Gothlin pourrait expliquer les faits d'une façon approchée.

Contrôle objectif de la conductibilité des voies optiques centrales par l'électroretinographie et l'électroencéphalographie combinées, par MM. Marcel Monnier et R.-L. Jeanneret (de Zurich).

Cette méthode permet de décomposer le temps de blocage du rythme après stimulation lumineuse en deux périodes, l'une rétinienne, jusqu'au début des décharges rétiniennes dans le nerf optique, l'autre correspondant au temps de conduction dans les voies optiques centrales. Ce dernier, indépendant de l'intensité du stimulus lumineux, permet de juger de l'état fonctionnel des voies optiques centrales. Ainsi, chez un malade atteint de dégénérescence tabétique du nerf optique le temps de conduction centrale était nettement plus élevé que chez le sujet normal et présentait une variabilité anormale.

La recrudescence locale du virus névraxitique, par M. Pierre Loo (de La Charité-sur-Loire).

L'auteur signale la réactivation récente de cas d'encéphalite anciens et paraissant depuis longtemps fixés, en même temps qu'apparaissaient des formes nouvelles polymorphes. Ces faits se situent dans une région géographique limitée où déjà, en 1917 et en 1933, la névraxite avait manifesté son activité.

La méningo-encéphalite néoplasique métastatique, par MM. H. Roger et Y. Poursines (de Marseille).

Les auteurs décrivent, à propos d'une observation personnelle et de cas semblables recueillis dans la littérature, une quatrième forme anatomo-clinique du cancer métastatique intracranien : la forme méningo-encéphalitique subaiguë dans laquelle les cellules néoplasiques envahissent, à la manière diffuse des cellules inflammatoires, les espaces sous-arachnoïdiens. Ces cellules se trouvent comme en culture pure dans les espaces conjonctifs méningés et les gaines péri-vasculaires à proximité de ces espaces. Elles ne parviennent pas à constituer un tissu néoplasique proprement dit.

Cliniquement le tableau est celui d'une hypertension intracranienne progressive et fatale, avec poussées vertigineuses, sans syndrome de localisation en foyer.

Cette forme est rare. Elle s'ajoute aux trois grandes déterminations anatomo-cliniques de la carcinose métastatique intracranienne, déjà bien connues, la forme tumorale, la forme granulique, la forme en coulée intraméningée.

Du caractère régional de certaines encéphalites et de leurs conséquences sur la morphologie cranienne, par M. Raymond O. Trotot (de Paris).

En se basant sur les constatations opératoires, l'auteur estime qu'un grand nombre d'affections en apparence localisées — telles que certaines arachnoïdites opto-chiasmatique — participent à une véritable méningo-encéphalite régionale, caractérisée par des lésions du type inflammatoire du cerveau, de ses enveloppes et même des os du crâne. Inversement, chez bon nombre d'enfants qui présentent des malformations craniennes, on retrouve des antécédents encéphalitiques et surtout, à l'intervention, des lésions grossières qui intéressent tous les plans. Ainsi certaines malformations du crâne relèveraient d'une véritable maladie régionale. Un cas particulier est réalisé par les sujets chez qui on observe à la fois des signes cliniques d'encéphalite, des troubles de la série infundibulaire et hypophysaire, une dilatation cranienne localisée aux régions pariétales et, à l'intervention, des altérations identiques aux cas précédents.

L'auteur propose le terme de syndrome pariéto-infundibulaire pour caractériser l'association de ces divers signes.

Contribution à la symptomatologie de l'encéphalite aiguë et chronique, par MM. V. Vujic et J. Ristié (de Belgrade).

Description de trois nouveaux symptômes qu'on peut constater dans certaines formes d'encéphalite aiguë ou chronique. Il s'agit, premièrement, d'une position particulière, d'une déviation du poing serré, les bras étant en extension. Le second symptôme est une contraction tonique de l'orbiculaire associée au regard de côté. Le troisième symptôme consiste en une contraction tonique du muscle frontal syncinétique au même mouvement des yeux. Ces symptômes peuvent se rencontrer isolément ou coexister chez le même malade. Le signe du poing dévié et le signe du sourcil se rencontrent tout particulièrement dans la forme pseudo-neurasthénique de l'encéphalite chronique.

Forme myoclonique de l'encéphalite brucellosique, par MM. H. Roger, J. Paillas et J. Boudouresques (de Marseille).

Les auteurs rapportent deux cas de cette forme exceptionnelle, accompagnée de myoclonies diffuses, d'état sub-comateux et de troubles psychiques, tableau très grave rappelant l'ataxo-adynamie de la fièvre typhoïde, et qui, cependant, ont guéri rapidement sans séquelles.

Etude anatomo clinique d'un cas de sclérose en plaques familiales, par M. P. van Gehuchten (de Louvain).

La méningonévraxite expérimentale obtenue par administration par voie nerveuse de tuberculine, au cobaye tuberculeux, par MM. V. Poursines et A. Jobard (de Marseille).

Les auteurs ont obtenu chez le cobaye tuberculeux un processus de méningo-névraxite par administration de tuberculine au contact direct du système nerveux, soit par voie sous-arachnoïdienne (ponction sous-occipitale,

ponction lombaire), soit par voie intra-cérébrale, après trépanation. L'administration de tuberculine déclenche un processus extrêmement précoce (mort parfois obtenue en 12 heures) caractérisé par une abondante diapédèse de polynucléaires dans les méninges et les ventricules (ces poly subissent une lyse rapide) et par des îlots microscopiques de nécrose occupant électivement le télencéphale et ne paraissant pas dépendre d'un mécanisme vasculaire.

En outre, troubles circulatoires d'ordre banal : stase sanguine, thrombose de petits vaisseaux, hémorragies, œdèmes.

Ce complexe lésionnel est remarquable en raison de sa précocité, de son intensité, de sa diffusion à l'ensemble du méningo-névraxe.

III. ASSISTANCE, MÉDECINE LÉGALE THÉRAPEUTIQUE

RAPPORTS DE THERAPEUTIQUE

Indications respectives des cures par les chocs insuliniques, cardiazoliques et électriques, par M. Paul Cossa (de Nice), rapporteur (avec la collaboration de M. R. Agid).

I. — L'auteur commence par une longue étude analytique des résultats que donnent les trois méthodes de choc dans les maladies du groupe des démences précoces, dans les délires systématisés hallucinatoires et non hallucinatoires, dans la psychose maniaque dépressive, dans les mélancolies réactionnelles, dans les mélancolies et manies d'involution, dans les syndromes anxieux et hypocondriaques non périodiques, dans la confusion mentale et dans les psychoses résiduelles ainsi que dans diverses autres maladies mentales. Etude basée sur les statistiques propres de l'auteur, sur les statistiques parues dans la littérature ainsi que sur une enquête faite en 1943 auprès de nombreux psychiatres.

II. — A la lumière de cette étude analytique, les indications des trois méthodes peuvent être clairement dégagées :

1. En raison de ses difficultés et des dangers relatifs qu'elle présente, *la méthode de Sakel* doit être réservée aux psychoses sévères, où *seule*, elle peut guérir. Elle constitue le traitement de fond des démences précoces, de la psychose hallucinatoire chronique et des formes hallucinatoires de psychoses résiduelles. Dans ces affections, et sauf pour des formes très spéciales précisées plus loin, les méthodes convulsivantes ne sont qu'un traitement d'appoint, à employer au cours même du choc insulinique.

En dehors des maladies de ce groupe, la cure de Sakel ne tire ses indications que de l'échec des autres méthodes (dans les états maniaques, les états mélancoliques, cycliques ou non, et la confusion mentale). Ses indications dans le délire aigu demandent à être précisées.

2. *Les chocs électriques* sont certainement la plus anodine et, de beaucoup, la moins pénible des deux méthodes convulsivantes. Ils doivent donc être préférés au cardiazol, toutes les fois que celui-ci n'est pas indispensable.

L'indication majeure des chocs électriques est constituée par les états mélancoliques et dépressifs quelle qu'en soit la forme (crises mélancoliques de la psychose maniaque dépressive, même chez l'enfant, mélancolie réactionnelle ; mélancolie d'involution, syndromes anxieux et hypocondriaques

non cycliques ; paroxysmes dépressifs des psychasthéniques obsédés — mais ces paroxysmes seulement — et, sous la seule réserve des rechutes plus fréquentes, par les états maniaques).

Une seconde indication aussi formelle est constituée par la confusion mentale (immédiatement quand celle-ci est réactionnelle ou « primitive » ; postérieurement à la liquidation du syndrome toxi-infectieux quand elle est secondaire) et par les formes non hallucinatoires des psychoses résiduelles. Une autre, par les seules formes de démences précoces qui n'exigent pas toujours l'insuline : formes à début excito-confusionnel et forme spontanément cyclique, rémittente.

Enfin, les électro-chocs peuvent être tentés dans la maladie des tics de l'enfant ; ils peuvent être épisodiquement utilisés chez les vieux déments contre le gâtisme, les paroxysmes d'inertie ou d'agitation et d'hostilité.

3. *Le cardiazol*, en raison de l'abominable angoisse qu'il détermine chez le malade, ne doit jamais être employé seul, mais seulement au cours du choc insulinique humide ou après scopochloralose, ou sous anesthésie de base. En fait, le cardiazol apparaît avant tout comme l'auxiliaire de l'insuline dans le traitement des états schizophréniques. En outre, avec les précautions indiquées plus haut, le cardiazol peut suppléer les chocs électriques dans toutes leurs indications, sauf peut-être dans les états maniaques. Il peut enfin, sous choc insulinique humide, réussir dans des états mélancoliques ou hypocondriaques non influencés par les électro-chocs.

Au total, les chocs convulsivants, et plus particulièrement les électro-chocs, trouvent leur indication majeure dans les états où dominent — suivant l'expression de M. Delay — les troubles de la régulation thymique et les troubles de la régulation noétique. Par contre, dans tous les cas où la cohésion de l'édifice psychique se trouve menacée, le recours à la cure de Sakel devient indispensable.

III. — L'étude des accidents possibles ne modifie pas ces conclusions, sinon pour les peser, dans chaque cas particulier, avec plus de rigueur.

Indications respectives de l'insulinothérapie, de la cardiazolthérapie et de l'électrochoctérapie, par M. Müller (rapporteur).

L'auteur met prudemment en garde, soit contre l'optimisme excessif qui conduit à une polypragmasie fâcheuse, soit contre un scepticisme absolument démenti par les faits.

Fondant son rapport sur l'enquête globale internationale et l'observation de 1.300 cas personnels, le professeur Müller différencie clairement les indications du traitement par l'insuline et du traitemnt convulsivant. L'action convulsivante peut être obtenue par des moyens chimiques ou électriques. Celle-ci recueille la préférence de l'auteur pour des raisons pratiques autant que psychologiques. La thérapeutique convulsivante présente un peu plus de risques que l'insulinothérapie ; ces risques peuvent être acceptés au regard de la valeur des guérisons obtenues.

Les deux méthodes peuvent être employées isolément ou combinées l'une à l'autre mais, selon M. Müller, c'est une faute d'art que d'en user indifféremment ou de passer de l'une à l'autre par simple opportunisme. Les formes paranoïdes de la schizophrénie restent l'apanage de l'insulinothérapie isolée; les formes stuporeuses ou répressives réagissent mieux au choc.

Les deux méthodes, dans des cas soigneusement triés, peuvent se combiner selon un mode, soit alternant, soit simultané.

Dans le traitement des schizophrénies, et tout compte fait des rémissions spontanées, on peut dire que l'insuline double le nombre des guérisons spontanées. Et si l'on ajoute les simples améliorations aux bonnes rémissions sociales, on obtient, entre les succès de l'insuline et les améliorations spontanées, un rapport de l'ordre de 3 à 2. Les chances de succès diminuent en fonction même de l'ancienneté de la maladie, de sorte que l'on n'insistera jamais assez sur le traitement précoce de la schizophrénie.

Quant aux dépressions de tout genre, elles sont sélectivement accessibles à l'action de l'électro-choc et, cela, non seulement lorsque le stade le plus profond de la dépression est déjà dépassé. Le choc peut agir dès le début de la maladie et, lorsque les cas sont récents, on obtient jusqu'à 80 0/0 de guérison de l'accès. Des contre-indications sont fournies par la coexistence de certains troubles physiques qui sont analysés. Mais il existe aussi des contre-indications psychologiques et M. Müller a sévèrement mis en garde contre une généralisation immotivée de l'électro-choc. Il le condamne absolument dans les troubles purement psychogènes. « Agir ainsi, dit-il, c'est fouler aux pieds les progrès de la psychothérapie, c'est dégrader cet art si élevé et délicat. »

Il condamne également le choc dans le traitement des états psychopathiques constitutionnels, y voyant une fâcheuse régression vers des méthodes d'intimidation aujourd'hui condamnées.

Le rapporteur conclut que la place réservée aux thérapeutiques de choc est parfaitement justifiée ; mais il voudrait que les indications et les succès soient l'objet d'une observation toujours plus critique et rigoureuse, afin que l'emploi de ces méthodes ne procède pas seulement de l'enthousiasme thérapeutique, mais qu'il soit dicté en première ligne par une profonde conscience médicale.

Discussion des rapports de thérapeutique

M. F. Georgi (d'Yverdon). — M. Georgi (d'Yverdon) donne un bref aperçu des méthodes de traitement biologique de la schizophrénie et de la dépression endogène. Il attire l'attention sur le danger qu'il y a d'appliquer des électro-chocs en trop grand nombre et expose les avantages qu'il trouve aux chocs cardiazoliques combinés à l'insulinothérapie lorsque cette dernière méthode seule n'a pas permis d'obtenir une rémission au bout de 7 à 8 semaines. Il montre aussi qu'il est possible d'utiliser cette méthode combinée pour la dépression endogène, mais en évitant alors le coma insulinique ; ceci lui permet donc d'individualiser encore plus ses traitements, de se limiter à un petit nombre de chocs et souvent d'éviter complètement l'électro-choc.

M. Jean Delay. — L'association de chocs comatogènes, épileptogènes et pyrétogènes donne des résultats que n'aurait pu obtenir isolément chacune de ces méthodes. Les critiques faites à l'électro-choc ne tiennent pas compte du fait que la méthode peut être *atténuée* (choc sous-narcose et surtout choc sous-curare qui élimine les accidents ostéo-articulaires) et *contrôlée* (par l'électro-encéphalographie).

Indiqué dans certaines psychoses, l'électro-choc est contre-indiqué dans les névroses. Les résultats sont excellents dans les psychoses mélancoliques où il s'agit d'un véritable traitement d'épreuve, mais variables dans les psychoses maniaques qui, lorsqu'elles résistent à l'électro-choc, nécessitent l'insulinothérapie. Les résultats sont très bons dans les psychoses confusion-

nelles, en particulier dans les confusions mentales traînantes et les confusions mentales graves, tels les délires aigus azotémiques où l'électro-choc complète heureusement les résultats de la pénicillinothérapie. Les résultats sont médiocres dans les psychoses schizophréniques qui nécessitent des chocs *associés* (électro-choc et insuline, électro-choc et fièvre, cardiazol et insuline), *répétés* et *prolongés*. Les résultats éloignés doivent être interpretes avec prudence, même dans la psychose cyclique, car si l'électro-choc brise le cycle de l'accès il ne brise pas le cycle de la maladie.

Dans les névroses, les méthodes de choc sont contre-indiquées et cèdent la place aux psychothérapies qu'elles soient ou non d'inspiration analytique. Les psychothérapies doivent d'ailleurs être *toujours* associées aux méthodes de choc qui n'agissent que sur le substrat psycho-physiologique d'un syndrome et non sur la cause de la maladie ne représentent qu'un *moment* du traitement d'une psychose.

M. Hesnard (de Toulon). — M. Hesnard attire l'attention sur le danger, chez les névropathes, de cultiver la névrose par la convulsivothérapie pratiquée à tort et à travers, et de gêner la psychothérapie par les amnésies que provoque l'électro-choc. Il propose une explication de l'action bienfaisante du choc chez certains psychopathes, invoquant une stimulation du diélencéphale en tant que substrat organique de l'orientation végétative du comportement : équivalant alors à une excitation des montages nerveux dans le sens des conduites normales, le choc réalise, dans une certaine mesure, une réintégration artificielle du comportement.

M. Jean Titeca (de Bruxelles). — Les résultats des thérapeutiques de choc, jugés sur une période de 9 ans, restent aussi heureux que les premières statistiques l'avaient fait espérer. La statistique personnelle de l'auteur, qui porte sur 366 déments précoces traités depuis 1937 au Centre neuro-psychiatrique de Bruxelles, comporte 77 % de résultats favorables pour les malades traités pendant les six premiers mois d'évolution de la psychose.

L'emploi du cardiazol, qui est mal supporté par les malades et les expose à des complications, doit être réservé aux seuls cas de démence précoce ayant résisté à l'insulinothérapie et l'électrochocthérapie associées. La notion du pronostic d'incurabilité précédemment attachée au syndrome de Cotard demande à être revisée depuis l'utilisation des électrochocs. Les abcès pulmonaires, principal écueil des thérapeutiques de chocs, peuvent être évités grâce à des précautions particulières.

M. A. Repond (de Malévoz-Monthey). — M. A. Repond pense que l'électro-choc est contre-indiqué dans la phase « encéphalitique » de la schizophrénie mais qu'il peut avoir parfois un rôle heureux plus tard pour rompre l'autisme, les habitudes vicieuses ou des crises d'excitation réactionnelle chez les chroniques. Il est indiqué aussi dans les mélancolies graves, mais à condition de ne pas faire plus de cinq ou six chocs. En raison des effets nocifs lointains toujours possibles (amnésie diffuse, atrophie morale), il est contre-indiqué dans les dépressions plus légères et les états névropathiques. M. Repond emploie l'insuline beaucoup plus volontiers mais à dose toujours très modérée (40 Unités au maximum), sans chercher à obtenir le coma. De toute façon, ces méthodes ne doivent jamais être employées de façon systématique ou standardisée. Elles ne sont qu'un moyen thérapeutique des psychoses parmi d'autres et une psychothérapie judicieuse permet d'en limiter l'usage et d'en accentuer les effets lorsqu'elles sont indiquées.

M. B. Logre (de Paris). — L'auteur fait d'abord quelques remarques d'ordre historique. Rappelant les travaux antérieurs de Leduc, Prévost, Batelli, sur l'épilepsie provoquée par courant électrique transcérébral, M. B. Logre estime légitime d'appeler l'électro-choc « méthode de Leduc-Cerletti ». Il rappelle aussi les travaux de M. Rondepierre (introduction de l'électro-choc en France) et de M. Delmas-Marsalet, qui ont mis au point, l'un et l'autre, un appareil très pratique et qui porte leur nom. L'auteur souligne enfin la contribution majeure de l'Ecole de Ste-Anne à l'étude systématique des modifications humorales produites par l'électro-choc et il propose de désigner le syndrome biologique de l'électro-choc sous le nom de *Syndrome de Delay et Soulairac.* La pratique de l'électro-choc a, d'autre part, confirmé les vues de l'Ecole de l'Infirmerie spéciale (Thèse de Longuet) sur les formes « mineures » ou « monosymptomatiques » de l'intermittence, par exemple, insomnie ou impuissance périodiques ; l'auteur insiste sur les syndromes de dépression légère, avec prédominance de *troubles viscéraux ;* ces états périodiques, lorsqu'ils sont d'une durée et d'une gravité suffisante, devraient motiver l'usage de l'électro-choc jusque dans les cas qui, à un examen superficiel, semblent ne relever que de la médecine générale ou des diverses spécialités. Il est à souhaiter que les médecins acquièrent le sens de l'intermittence ou que, du moins, une synergie meilleure, plus étroite et constante, s'établisse entre les psychiatres et leurs confrères non psychiatres.

M. F. Humbert (de Bellelay-Berne). — On entend parfois contester que l'électro-choc abrège réellement un état dépressif, en invoquant son évolution spontanée. Or, on peut voir des malades dont un mauvais état général avait tout d'abord, et pendant fort longtemps, interdit l'emploi de l'électro-choc. Après relèvement de l'état circulatoire, par exemple, le choc devenu possible peut alors marquer une étape décisive vers la guérison. Le choc n'est donc pas une illusion ; il peut abréger une dépression, soit au début, soit au cours de la maladie.

Quant au mode d'action, la thèse physiologique des modifications de la circulation cérébrale est séduisante. Il ne faut cependant pas oublier la psychologie du malade lui-même ; il faut enregistrer soigneusement ses sensations et recueillir ses propos dans les termes mêmes où il les formule. Chez les déprimés, on peut observer plus nettement que chez le normal le couple psychologique opposé du désir d'anéantissement et de la volonté de vivre. Par un mécanisme que nous avons déjà esquissé en 1937, le choc peut activer le choix vers la vie ; cet élément psychologique ne doit pas être négligé et peut d'ailleurs, en lui-même, contribuer à former des indications plus précises et restreintes à l'électro-choc.

M. M. Heuyer (de Paris). — M. Heuyer, en son nom et au nom de ses collaborateurs, MM. *Dauphin* et *Lebovici,* rapporte les résultats obtenus dans l'emploi de l'électro-choc en psychiatrie infantile. Il précise les conditions de cet emploi. Il insiste sur l'innocuité de la méthode sur le développement intellectuel de l'enfant, et sur l'intérêt que présente cette thérapeutique dans certaines manifestations psychopathiques très précises chez l'enfant.

M. Fribourg-Blanc (de Paris). — M. Fribourg-Blanc étant en parfait accord avec les conclusions des rapports de MM. Cossa et Muller, se borne à signaler les heureux résultats obtenus dans les Centres militaires de neuropsychiatrie, en particulier au Val-de-Grâce, où les méthodes de choc sont largement employées. Si la cardiazolthérapie y est actuellement abandonnée, en

raison des réactions anxieuses des malades, la méthode de Sakel reste en honneur. Elle est toutefois réservée, en raison de la pénurie d'insuline, aux cas les plus sévères, en particulier aux déments précoces et en cas d'échec de l'électro-choc. Celui-ci est très largement mis en œuvre. Son efficacité est indubitable dans les états cyclothymiques. Aucun accident notable n'a été observé dans plus de 3.000 électro-chocs pratiqués.

Il reste bien entendu que les méthodes de choc ne doivent pas faire négliger la psychothérapie qui garde tous ses droits et demeure attentivement poursuivie dans les centres militaires de neuro-psychiatrie.

M. Paul VERSTRAETEN (de Gand). — Les effets thérapeutiques du cardiazol et de l'électro-choc sont identiques et je ne reconnais provisoirement aucune indication aux infra-crises.

Dans la démence précoce et le délire aigu, il faut parfois des électro-chocs presque quotidiens pendant quelques jours, ce qui provoque souvent un état confusionnel passager et salutaire. Chez les grands agités, que quelques chocs ne calment pas, l'abcès de fixation doit être associé à la convulsivothérapie. Dans les états mélancoliques, ordinairement 3 à 6 chocs suffisent. L'électro-choc est parfois le meilleur traitement dans certains accidents pithiatiques.

En conclusion, les trois nouvelles thérapeutiques ont de très nombreuses indications, mais soyons toujours consciencieux et n'en abusons pas.

Ont également pris part à la discussion MM. FERDIÈRE (de Rodez), OLLIVIER (de Marseille), BOURGUIGNON (de Paris).

Réponse de M. Paul COSSA, *rapporteur*

M. Paul COSSA est particulièrement heureux de constater combien le point de vue de M. le professeur Müller et le sien apparaissent voisins. Ce qui les sépare — pourcentage des rémissions spontanées dans la schizophrénie, comparaison des résultats des méthodes convulsivantes et de l'insuline dans la même maladie — tient très probablement, comme l'a souligné lui-même M. Müller, à la différence d'extensité entre le concept suisse de schizophrénie et le concept français de démence précoce. Ce qui rapproche les deux rapporteurs est beaucoup plus grand : mêmes conclusions sur la thérapeutique à appliquer dans chaque forme et, avant tout, sur la nécessité de ne pas appliquer une formule standard sur la nécessité de calculer les indications précises pour chaque cas.

M. Paul Cossa remercie MM. Fribourg-Blanc et Olivier de leurs statistiques ; M. Bourguignon d'avoir mis l'accent sur un aspect électrologique encore peu connu ; M. Heuyer d'avoir comblé une lacune des rapports par sa belle statistique d'application à l'enfance.

MM. Delay, Hesnard, Ferdière, Repond, Titeca, Verstraeten, Imbert et Logre ont souligné la nécessité de nuancer les thérapeutiques de choc, de ne pas se limiter à elles, de demander secours à toutes les possibilités de traitement somatique, de ne pas oublier surtout la nécessité de la psychothérapie et M. P. Cossa enregistre avec joie leur accord sur ces points. A MM. Titeca et Verstraeten, il répond que, ce qu'il faut, dans le pithiatisme, c'est convaincre le malade du caractère fonctionnel et réversible de ses troubles, soit par le torpillage de Babinski, qui n'est pas plus traumatisant, certes, qu'un électro-choc, soit en l'amenant à reconnaître la motivation psychologique de sa névrose, ce que permet aujourd'hui l'analyse sous narcose.

Si M. Georgi paraît plus rigide que la plupart d'entre nous dans ses indications, il a rendu à la psychiatrie le grand service d'associer le premier les méthodes convulsivantes et l'insuline. Toutefois, M. P. Cossa ne pense pas que cette association doive être systématique.

M. Repond est beaucoup plus pessimiste sur les suites éloignées des méthodes de choc convulsivant, et seul l'avenir pourra fixer ce point.

M. Paul Cossa, dont les études cliniques et biologiques ont démontré le rôle de l'œdème cérébral dans la cure de Sakel, est d'accord avec M. H. Baruk sur l'importance des facteurs circulatoires dans le mécanisme de ces traitements. Comme lui, il a cherché à remplacer l'insuline par d'autres modificateurs de la circulation cérébrale, sans succès d'ailleurs. Comme lui, enfin, il est tout prêt à abandonner les thérapeutiques de choc pour des thérapeutiques étiologiques : seulement celles-ci ne sont pas encore trouvées.

COMMUNICATIONS SUR LE SUJET DES RAPPORTS DE THERAPEUTIQUE

Le déroulement des manifestations motrices au cours du choc insulinique (*avec film*), par M. H. Bersot (du Landeron, Neuchâtel).

Démonstration par le film cinématographique de la désorganisation des fonctions motrices au cours de l'hypoglycémie insulinique : perturbation des mécanismes moteurs les plus complexes et libération progressive des mécanismes élémentaires. Ce sont d'abord les troubles de l'expression mimique et vocale, puis les stéréotypies, les mouvements et les postures de défense (signe de Babinski), la posture repliée, les mouvements de préhension et d'agrippement, de torsion, d'enroulement et de redressement, enqn des crampes toniques, de la rigidité du visage et du corps, de l'hypertonie, une spasticité généralisée intéressant à la fois les fléchisseurs et les extenseurs.

On peut ainsi suivre au cours de l'hypoglycémie insulinique l'arrêt progressif des systèmes inhibiteurs et la libération des mécanismes moteurs élémentaires jusqu'à un syndrome de décérébration plus ou moins complet.

Importance des aspects électrotechniques dans le traitement à l'électrochoc, par M. René Dellaert (d'Anvers).

Les accidents de cette méthode proviennent pour la plus grosse part de surdosages, calculés en wolt-cc. Il faudrait donc déterminer une dose-seuil d'avance qui assure toujours l'effet convulsivant. Maîs il faut être certain que cette dose optima passe effectivement par le patient. La difficulté de s'en rendre compte provient de la résistance propre des tissus crâniens qui ne peut pas être mesurée avant l'application du choc.

L'étude électro-technique et clinique de cette résistance nous amène à constater une faute possible de 61 0/0 dans le dosage lorsqu'on se base sur la mesure à bas voltage. Ayant fait des mesures multiples pendant le choc, il a été possible de déterminer que la résistance moyenne des tissus est de 120 ohm (extrême de 90 à 180 ohm). Dès lors, il est possible de réduire la faute à 20 0/0 dans le dosage si l'on se base sur ce chiffre pour calculer la dose à administrer indépendamment de la résistance cranienne. Trois systèmes s'opposent : 1° système de la tension variable où l'on règle le dosage en variant la tension à volonté avant l'application ; 2° système de l'intensité

variable où l'on détermine la dose en variant l'intensité préalable ; 3° système de voltage variable où le voltage est réglé.

En faisant pour les trois systèmes la tension au niveau du crâne à 60 volts, la résistance totale à 120 ohm, l'intensité à 500 milli-amp., le voltage à 30 wolt-sec. pour un temps de passage de 1 sec., nous trouvons que pour le premier système la dose administrée peut varier entre 40 et 20 wolt-sec. Lors d'une augmentation de la résistance, l'on tend ainsi à surdoser ; pour le système de l'intensité variable, la dose administrée varie entre 23,3 et 42,5 ; durant une résistance élevée, on risque de surdoser, pour le système du voltage variable, la dose administrée reste pratiquement égale, donc indépendante de la résistance éprouvée. C'est donc ce dernier système qui mérite nos préférences.

Le courant continu n'est en fait pas utilisé ; la décharge d'un condensateur lourd (600 meira-parad.) ne nous a donné qu'un vertige chez le malade, pas même une absence.

Utilisation du curare pour éliminer les risques ostéo-articulaires de la convulsivothérapie, par G. Daumézon.

Après les auteurs anglo-américains, l'auteur a utilisé le curare, extrait du chondrodendron tomentosum afin de paralyser la musculature des malades pendant la convulsivothérapie. Il indique la technique et la posologie, injection intraveineuse lentement poussée deux minutes à trois minutes avant le choc et, à la lumière des accidents publiés, en restreint l'emploi aux malades à contre-indications ostéo-articulaires absolues, mais à indication très solide de l'électro-choc ou du cardiazol.

Commentaires pathogéniques sur un cas de tremblement du type parkinsonien avec troubles mentaux guéri par l'électro-convulsothérapie, par M. L. Vallade (de Nice).

A propos de l'observation d'une malade atteinte de déséquilibre neuro-végétatif ayant présenté, à la suite de chocs émotifs, des accès confusionnels dont l'un a coexisté avec un tremblement du type parkinsonien paraissant d'ordre réflexe et d'allure extensive et a guéri en même temps que l'accident nerveux à la suite de deux électro-chocs, M. L. Vallade se demande si le fait de la guérison simultanée des deux variétés de troubles n'est pas un argument en faveur d'une pathogénie univoque. Une action « réflexe » pathologique pourrait être ainsi envisagée à l'origine de certaines manifestations mentales rangées actuellement parmi des troubles réactionnels d'ordre exclusivement psychogène.

Action de l'électro-choc dans certains états parkinsoniens, par M. Jean Laboucarié (de Toulouse).

Les résultats de l'électro-choc observés chez 7 sujets atteints de maladie de Parkinson, 3 post-encéphalitiques et 4 séniles montrent, d'une part une réduction globale ou syndrome parkinsonien, immédiatement après le choc, et de courte durée. D'autre part, et surtout dans les cas post-encéphalitiques, une amélioration importante et portant surtout sur les troubles des mouvements automatiques et associés et sur les troubles végétatifs. Cette amélioration peut durer plusieurs semaines et être reproduite par de nouveaux chocs.

Rôle du terrain dans les troubles consécutifs à l'électro-choc. Quelques résultats particulièrement heureux chez les paysans, par M. Fau (de Grenoble).

La majorité des résultats heureux de l'électro-choc dans la dépression nerveuse est observée chez des paysans. Le maximum des échecs se voit par contre chez les citadins et, en particulier, les intellectuels. Ce fait tient d'abord à l'adjonction fréquente chez les intellectuels d'un élément névropathique mais il tient surtout à l'importance des troubles de la mémoire après le choc, troubles particulièrement accentués chez les intellectuels et qui ont souvent pour effet d'aggraver l'anxiété et le sentiment d'impuissance.

Action de l'électro-choc sur deux cas de mégadolichocolon, par M. P. Lassalle (d'Auch).

L'auteur présente les observations de 2 cas de malades mentaux atteints de mégadolichocôlons qui, traités par l'électro-choc, ont été considérablement améliorés au point de vue tonicité viscérale.

Les radiographies de l'intestin présentées avant et après l'électro-choc montrent les mêmes résultats comparables à ceux obtenus par les méthodes anesthésiantes et chirurgicales de Leriche sur le sympathique lombaire.

A propos de deux cas d'amaurose, par M. Ol. Favre (de Genève).

Relation d'un cas d'amaurose transitoire, alternant avec d'autres symptômes moteurs, sensitifs et psychiques, guéri sous l'influence de l'insulinothérapie jointe à la psychothérapie, et d'un cas d'amaurose survenue après coma barbiturique au cours de laquelle il a été possible d'étudier la réversibilité des symptômes sous l'influence de la seule psychothérapie.

Cette manière d'agir permet de discerner que sous l'influence de suggestion et images colorées dynamiques chargées d'affectivité, le retour brusque de la représentation des images entraîne automatiquement le retour de la perception des images réelles. Elle montre également la valeur comparée de la psychothérapie et des chocs dans la guérison des phénomènes amaurotiques dits hystériques.

COMMUNICATIONS DIVERSES

Thérapeutique

Sur 45 cas de lobotomie, par M. Manuel Falcon (de Mexico).

Notre expérience porte sur 45 cas et semble confirmer très amplement les points de vue de Freemann et Watts, et nous permet d'affirmer que la lobotomie pré-frontale est le traitement symptomatique de la douleur morale : la maladie mentale elle-même n'est pas influencée par l'intervention, mais son composant affectif, en se détruisant, enlève à la psychose sa base émotionnelle et produit une amélioration qui est proportionnelle à l'importance du substratum émotionnel de toute psychose.

Nous exigeons dans chaque cas les conditions suivantes : histoire clinique et épreuves de laboratoire des plus méticuleuses ; épreuve de Rorschach ; tendance évidente à la chronicité et nul espoir de rémission spontanée ; avoir subi le traitement de choc par insuline et électro-choc infructueusement et ne pas exister de graves troubles au système nerveux central.

Indications. — 1) Elective : dans les psychoses à base affective ainsi que certaines psychonévroses particulièrement graves mais rangées parmi les maladies où le désordre émotionnel est à la base ;

2) dans les stupeurs à allure catatonique, dont l'analyse ne supporte pas le diagnostic de démence précoce parce qu'il s'agit de formes très sévères d'inhibition chronique d'origine affective ;

3) dans les schizophrénies paranoïdes et groupes connexes, dans lesquelles le composant affectif tient une particulière importance.

Résultats. — Deux exitus, 50 0/0 de guérisons, 20 0/0 d'amélioration, 30 0/0 n'ont pas bénéficié.

Indications et résultats de la subnarcose au pentothal sodium en psychiatrie de guerre. Données utilisables en pratique civile, par MM. J. Sutter et R. Susini (d'Alger-Blida).

Les auteurs ont largement utilisé la méthode en 1944-45 dans les cas de psychonévroses de guerre récentes qu'ils recevaient au Centre de psychiatrie de la 1re Armée. Comparant leurs résultats, particulièrement heureux, avec ceux des auteurs qui, depuis, ont employé cette thérapeutique en pratique civile, ils montrent que l'élément actif essentiel est la psychothérapie « en profondeur », réalisée beaucoup plus vite et plus facilement qu'à l'état de veille. Plus le trouble est ancien, plus est enraciné le conflit qui lui a donné naissance, moins on a de chances de parvenir à la guérison en une ou deux séances : la technique de Delay est alors indiquée.

Discussion

M. Fribourg-Blanc signale que, si la subnarcose au pentothal présente un intérêt diagnostique et thérapeutique indubitable, son emploi ne semble pas devoir être admis dans les cas d'expertise médico-légale psychiatrique. La question ayant été posée en novembre 1945 par MM. Delay et Desclaux à la Société de médecine légale de France de savoir si l'expert était en droit d'utiliser le pentothal pour l'examen d'un prévenu, une commission fut désignée qui présenta des conclusions tendant à autoriser le médecin expert à faire usage de ce nouveau procédé d'exploration, sous l'expresse réserve, toutefois, de ne pas faire état dans son rapport d'expertise des aveux qu'il aurait pu obtenir du prévenu par ce moyen. Malgré cette prudente réserve, la Société de médecine légale n'a pas suivi les conclusions de sa commission et s'est opposée à l'emploi du pentothal dans l'examen d'un prévenu, considérant que l'expert n'a pas le droit de priver, par la narcose, un prévenu de ses moyens de défense et de le contraindre à des aveux en explorant son subconscient.

M. Hesnard (de Toulon). — M. Hesnard voit dans ce nouveau procédé d'exploration (et, dans un champ limité, de thérapeutique) une tentative très intéressante. Mais il s'agit d'une intoxication dont on connaît depuis longtemps les effets déformants sur le récit (renforcement de la suggestibilité, euphorie subonirique, tendance fabulatoire). D'où nécessité de ne tenir

compte des renseignements ainsi obtenus qu'après une critique serrée des événements racontés. Quant à l'effet thérapeutique, il est forcément limité à l' « abréaction », à la purgation psychique et n'est nullement comparable à la véritable libération de la personnalité par la psychanalyse.

M. J. Sutter. — Les dangers du pentothal sont liés à son emploi comme anesthésique ; ils disparaissent dans les conditions d'administration pratiquées en psychiatrie, où il représente le médicament de choix.

A propos de 100 narco-analyses, par M. Henri Ollivier (de Marseille).

L'auteur rapporte les résultats d'ensemble de 100 premières observations de narco-analyse, dont les pourcentages sont d'autant plus satisfaisants que l'on ne s'adresse pas à des états psychiatriques nettement caractérisés. La méthode utilisée à la fois comme moyen d'analyse psychique et somatique paraît, dans la presque totalité des cas où le diagnostic est imprécis et difficile, donner des renseignements de première importance et qui, soumis au crible d'une interprétation sévère, permettent d'élucider fréquemment avec une rapidité étonnante certains états des plus complexes.

L'électroencéphalographie pendant la narco-analyse par les barbituriques récents, par MM. L. Cornil, H. Gastaut, H. Ollivier et J. Cain (de Marseille).

En étudiant 20 sujets dont 16 présentaient un électro-encéphalogramme parfaitement normal, 3, une bradyrythmie survoltée épileptique et le dernier un rythme paroxystique de jointes-ondes, les auteurs ont observé, après injection de faibles doses de pentothal sodique ou d'amytal sodique (0 gr. 25 en 5 minutes par voie intraveineuse), un rythme cortical particulier caractérisé par sa rapidité (fréquence de 20 à 25 hertz), par son amplitude (qui double l'amplitude initiale), par sa régularité et par la diminution ou la suppression des réactions d'arrêt. Ce rythme apparaissait dans les dérivations frontales avant d'apparaître dans les dérivations occipitales. Lorsque les doses injectées sont plus fortes (0,30 à 0,50) on voit apparaître un rythme lent survolté à 3 ou 4 hertz environ. Chez les sujets porteurs de la bradyrythmie épileptique on voit le rythme s'accélérer et souvent diminuer d'amplitude, d'où il résulte une tendance à la normalisation ou une normalisation vraie du tracé cortical.

Les auteurs pensent notamment que le rythme rapide et survolté, particulier à la narcose barbiturique liminaire, peut présenter des relations étroites de causalité avec l'état psychique responsable de l'analyse.

Le traitement du délire aigu par la morphine intra-veineuse, par M. P. Delmas-Marsalet (de Bordeaux).

Le professeur P. Delmas-Marsalet considère que le délire aigu représente une perturbation di-encéphalique, indépendante de toute infection, et en donne les raisons. Des essais préliminaires avec des injections intra-veineuses de novocaïne à 1 p. 100 ayant montré des modifications symptomatiques heureuses, l'auteur a songé à utiliser la morphine intra-veineuse qui agit sur les signes végétatifs du choc traumatique. Deux à quatre injections intra-

veineuses de un centigramme par 24 heures, faites lentement en cinq minutes, entraînent un abaissement thermique net, un calme psycho-moteur évident, une baisse de l'azotémie et un relèvement de la diurèse. Depuis l'application de ce traitement, l'auteur note une modification radicale de sa statistique de guérisons du délire aigu qui atteint maintenant 60 pour cent des cas ainsi traités.

Affections vasomotrices causes de douleurs organiques et de troubles psychiques, par M. Bonjour de RACHEWSKY (de Pully-Lausanne).

L'auteur ayant démontré que la suggestion guérit les verrues par abaissement de la tension produite par la dilatation des artères conclut que le trouble vasomoteur est la cause de la tumeur. Quatre observations démontrent que ce trouble vaso-moteur est aussi la cause d'autres troubles organiques ou psychiques. Dans un cas, il s'agit d'artérite oblitérante ; dans un second cas, de spondylarthrite traumatique avec atrophie de la jambe droite ; dans un troisième cas, il s'agit d'idée délirante paranoïde. Dans les trois cas la guérison a été complète. Le quatrième cas est celui d'un cheval vicieux. Le traitement vasomoteur morphinique abaisse la tension, l'état physique normal est rétabli et le cheval est guéri de son vice.

Le trouble vasomoteur crée des sensations pénibles qui sont la cause de l'idée délirante dans un cas et du vice chez le cheval. Ces faits aussi nouveaux que ceux de la guérison des verrues par la suggestion modifient les notions sur beaucoup de troubles organiques ou psychiques et imposent une thérapeutique toute différente de l'actuelle.

Psychoses de la malaria et atébrine,
par M. Mazar OSMAN, Chukry AKSEL et Kenan TUNAKAN (d'Istanbul).

L'administration de 0 gr. 30 d'atébrine par jour pendant une cure de sept jours pour le traitement de la malaria a entraîné, dans certains cas occasionné, des psychoses à type de manie aiguë, de confusion mentale et — très rarement — de schizophrénie. Le pronostic est toujours favorable.

La pénicilline en médecine mentale, par M. H. HOVEN (de Mons).

La pénicilline qui a été utilisée avec de très bons résultats dans les plaies de guerre peut aussi constituer un adjuvant favorable au traitement de certaines maladies mentales (neuro-syphilis tardives, confusion mentale, délire aigu). L'auteur rapporte deux cas de confusion mentale aiguë grave guéris grâce à la pénicilline.

Pénicilline et neurosyphilis, par M. FALCON (de Mexico).

Traitement de quelques cas de névraxite épidémique par la pénicilline, par M. J. BALLIVET (de Dijon).

L'auteur rapporte onze observations de névraxite épidémique traitée par la pénicilline. L'efficacité s'est montrée manifeste dans 5 cas ; dans 3 cas, elle est difficile à apprécier ; dans 3 cas, elle est nulle. La pénicilline paraît surtout agir dans les formes fébriles algomyocloniques et périphériques. Il

y a lieu d'instituer le traitement précocement, l'efficacité est rapide, mais il faut le prolonger plusieurs jours après la guérison apparente afin d'éviter les rechutes. On ne peut prévoir l'action sur les séquelles, bien que dans 3 cas où elle a été constatée, la rigidité a disparu.

Assistance

Les perspectives de réforme psychiatrique en France depuis la libération, par MM. G. Daumézon et Bonnafé (d'Orléans).

Psychiatrie médico-légale et Criminologie

L'escroc, par M. Aug. Ley (de Bruxelles).

L'auteur a eu l'occasion d'étudier un groupe de 151 prisonniers ayant tous subi plusieurs condamnations pour escroquerie. Ce groupe ne comportait ni débiles mentaux, ni fous moraux avérés, ceux-ci étant en général internés. Certains d'entre eux sont des escrocs d'intelligence supérieure, de ceux que Lombroso qualifiait d'escrocs de génie, mais la plupart se sont livrés à des escroqueries banales. Le groupe comprend 20 femmes et 131 hommes, dont *3* ont moins de 20 ans, *59* de 20 à 30 ans, *52* de 30 à 40 ans, *21* de 40 à 50, *15* de 50 à 60 et *1* de 63 ans. 80 0/0 d'entre eux sont mariés. Chez 35 0/0 on trouve des tares héréditaires, psychopathiques, analogues à celles qu'on rencontre chez la plupart des délinquants. Chez 49 0/0 se constatent des stigmates morphologiques dégénératifs, proportion qui concorde aussi avec ce qu'on trouve en général dans la population des prisons. 32 0/0 des sujets présentent des tares nerveuses personnelles.

L'intelligence, normale chez beaucoup de sujets, supérieure chez quelques-uns, a été trouvée médiocre chez 16 0/0 d'entre eux. Un d'eux est nettement arriéré.

Le type morphologique prédominant est pycnique (Kretschmer) ou « arrondi ». 49 0/0 présentent ce type bréviligne, court et gros, contre 6 0/0 seulement de types longilignes ou leptosomes. Le type « cérébral » se constate dans 10 0/0 des cas, les autres étant qualifiés asthéniques ou musculaires. Au point de vue du caractère, le type arrondi est syntone (Bleuler) et semble bien favoriser l'activité persuasive de l'escroc.

L'étude de l'escroc est plus intéressante à faire au point de vue psychologique qu'au point de vue de la clinique psychiatrique. On rencontre chez lui le fond de débilité morale, fréquent chez la plupart des délinquants récidivistes. Il montre des tendances perverses dans le domaine de l'instinct d'appropriation mais a souvent plus le besoin de jouissance que celui d'avidité et de possession véritable. Il n'est jamais avare. La vanité, le besoin de domination, le désir de s'élever, se constatent fréquemment, ainsi que des manifestations de l'instinct ludique, avec goût du risque et de l'aventure. Chez la femme, la sexualité joue un rôle important dans l'escroquerie et certains cas d'hystériques perverses et fabulatrices ressortissent à la pathologie mentale.

De façon générale, on peut estimer que, dans la série envisagée, 4 à 5 0/0 des cas appartiennent au domaine de la psychiatrie, c'est-à-dire permettent un diagnostic clinique. Outre les hystériques perverses, on y rencontre quelques cas de grands mythomanes dégénérés, faisant de la « pseudologia

phantastica » et aussi quelques cyclothymiques, dont les escroqueries, parfois de vaste envergure, correspondent à une période de suractivité hypomaniaque.

Chez ces sujets, dont la lucidité et l'intelligence peuvent faire illusion au point de vue de leur intégrité mentale, l'expertise psychiatrique doit collaborer avec l'autorité judiciaire pour trouver la solution équitable, qui tienne compte des intérêts de la défense sociale mais vise en même temps à l'amélioration ou à la guérison de la mentalité pathologique du délinquant. Chez les récidivistes, la possibilité d'une séquestration prolongée, dans un milieu de réadaptation sociale et professionnelle devrait exister et, pour les cas pathologiques, une surveillance et un contrôle psychiatrique et social devraient toujours accompagner les essais de vie en liberté.

Le caractère instable, par M. Ch. Strasser (de Zurich).

L'instable diffère du névrosé et du schizophrène par son incapacité à éprouver une souffrance et à la témoigner, comme aussi par son mépris de toutes les valeurs éthiques et sociales. Il suit les voies de la moindre résistance, prêt à trahir, selon son caprice, sa conscience, sa patrie et tous les sentiments les plus élevés. Les instables sont plus près de l'état mental normal que les psychopathes. Toutefois, ils s'adonnent à toutes les extravagances sans aucun scrupule et s'allient à ceux qui leur promettent quelque avantage. Ils deviennent pour la communauté le plus sérieux des dangers en faisant endosser à autrui toutes les responsabilités.

L'instable et le crime cumulatif, par M. Ch. Strasser (de Zurich).

L'instable vient-il à s'allier avec des gens de même acabit, à user de force et de violence vis-à-vis des plus faibles, il engendrera la guerre, les luttes de classes et de races. Il se complait dans sa brutalité et dans son despotisme. Comme les cellules cancéreuses envahissent un organe du corps dont le bon fonctionnement est lié à l'intégrité de toutes ses parties, ces parasites envahissent et détruisent l'organisme social et finissent par succomber eux-mêmes à leur tour. C'est ainsi que le crime particulier engendre le crime collectif ; c'est ainsi que ces dernières années l'arbitraire et la dictature ont abouti à un chaos de souffrances indescriptibles. En s'appuyant les uns sur les autres, ces êtres abominables en sont venus à leurs crimes puis, après la catastrophe — c'est-à-dire une fois le crime cumulatif accompli, ils se déclarent irresponsables. La tâche sera d'éduquer l'individu naguère soumis aux mots d'ordre en le libérant de l'esclavage et de la médiocrité de la masse — que l'on ait affaire à un sujet à peu près sain ou taré, à un instable ou à une mentalité déformée. Ce sera d'éveiller en lui le sentiment de sa liberté et de la juste utilisation de toutes ses facultés spirituelles, la conscience de sa responsabilité sociale et politique.

M. M. Minkowski (de Zürich). — Dans son remarquable exposé sur le caractère instable, le Dr *Strasser* a parlé avec raison de la conscience biologique. A ce sujet, il aurait pu invoquer la notion de syneidesis ou conscience biologique de *Monakow*. Cette notion a été largement développee par *Monakow* et *Mourgue*, un des élèves préférés du Maître, dans leur remarquable monographie : « Introduction biologique à l'étude de la neurologie

et de la psychopathologie », parue à Paris chez Alcan il y a une vingtaine d'années. La syneidesis y est définie comme un processus d'auto-régulation intérieure, subtile et incorruptible, qui vise une harmonie vitale des différentes forces instinctives, à savoir de l'instinct de conservation, de l'instinct sexuel, de l'instinct social et, enfin, de l'instinct cosmique ou religieux. Ces deux derniers apparaissent aussi naturels, essentiels et primaires que les premiers, auxquels ils sont liés d'une manière insoluble. En effet, l'instinct social puise des racines puissantes dans la sexualité et la famille. Chez l'homme, il est également représenté d'une manière toute particulière par le langage, fonction sociale par excellence, mais profondément ancrée dans notre organisation biologique et ayant des conséquences décisives, encore trop peu étudiées et connues, pour tout notre psychisme et comportement.

Quant à l'instinct cosmique, il repose simplement sur le fait que nous ne pouvons vivre que dans le monde infini qui nous entoure, que par la respiration, la nutrition, les évacuations, etc., nous sommes en échange perpétuel et vital, sans limites nettes, avec lui, que nos sens, en particulier de téléréception — l'odorat, l'ouïe, la vision — sont tendus vers un espace et un monde lointain ; que notamment les cellules germinatives, qui sont ce qu'il y a de plus foncièrement vivant en nous, ne visent pas la vie individuelle, ni même familiale, mais bien la vie de l'espèce et, par delà, une existence en principe illimitée, voire éternelle. La syneidesis est donc orientée à assurer non seulement le présent immédiat de l'organisme, mais aussi son avenir proche et lointain, en continuation organique du passé ; elle entre en action et se manifeste d'une manière ou d'une autre dès que l'équilibre des différentes tendances instinctives est par trop rompu et que l'une d'elles risque d'être compromise d'une manière trop dangereuse ou même irréparable en faveur des autres. Cette réaction et action peut être rapide et sûre, mais il peut aussi s'agir d'une action de longue haleine, par des voies souvent compliquées, détournées et difficiles à reconnaître. Ainsi, la conscience, la morale, la religion peuvent bien être considérées comme des phénomènes biologiques, mais la biologie même se perd quelque part dans la métaphysique et le mystère et, sous cet angle, on peut peut-être concilier le point de vue de M. Baruk avec celui de M. Hesnard.

Vampirisme, par M. Mazar Osman-Uzman (d'Istanbul).

L'auteur rapporte le cas d'un berger — débile mental présentant des stigmates physiques de dégénérescence — qui, au cours d'accès impulsifs psychomoteurs, violait les sépultures dans les cimetières. Il déterrait les cadavres de jeunes femmes, leur arrachait le foie et les reins et se précipitait chez lui pour les faire cuire et les manger. Parfois aussi, il se livrait à des actes de nécrophilie.

Psychose aigue avec délire onirique chez un détenu politique (*avec présentation d'un film*), par M. Descamps (de Charleroi).

Un homme âgé de 54 ans, incarcéré par les Allemands pour activité patriotique, subit coups, violences et menaces durant les interrogatoires. Rapidement s'installe un état de confusion mentale avec paraplégie flasque complète, amaurose, sans aucun signe de lésion organique ; délire onirique

évoquant toutes les péripéties de sa détention avec injures, agitation désordonnée sans aucun mouvement dans les membres inférieurs, supplications, crise de larmes ; à certains moments, il énonce dans son délire des vérités philosophiques empreintes d'un réel bon sens. Ces différentes phases délirantes se succèdent plusieurs fois en 24 heures. Cette situation persiste depuis plus de trois années, sans aucun effet des traitements de choc, ni des événements de la libération.

⁂

Le *Bureau* de l'*Association* pour l'année *1947* a été ainsi composé :

Président

M. le Dr J. Hamel, chargé de cours à la Faculté de médecine de Nancy, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Maréville (Meurthe-et-Moselle).

Vice-président

M. le médecin général Fribourg-Blanc, professeur au Val-de-Grâce (Paris).

Secrétaire général

M. le professeur P. Combemale, doyen de la Faculté de médecine de Lille.

Trésorier

M. le Dr Charon, médecin-directeur de la Maison de santé du Castel d'Andorte (Le Bouscat, près Bordeaux, Gironde).

Sont membres du *Conseil d'Administration :*

MM. J.-A. Barré, Charon, René Charpentier, Hansen, Marchand et Vignaud.

Les sujets suivants ont été mis à l'ordre du jour de la *45e session :*

Psychiatrie : Le problème typologique en psychopathologie. *Rapporteur :* Dr J. Dublineau, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).

Neurologie : Applications cliniques de l'électro-encéphalographie. *Rapporteur :* Dr J. Titeca, agrégé à l'Université libre de Bruxelles.

Médecine légale psychiatrique : Psycho-pathologie de la trahison. *Rapporteur :* Dr Daumézon, médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de Fleury-les-Aubrais (Loiret).

Des *communications diverses* pourront être faites sur d'autres sujets de psychiatrie, neurologie, médecine légale psychiatrique, thérapeutique neuro-psychiatrique, hygiène et prophylaxie mentales, assistance neuro-psychiatrique par les membres du congrès qui en auront demandé l'inscription à l'ordre du jour, avant la session, par lettre adressée au *secrétaire général.*

Le siège de la *45e session* du Congrès a été provisoirement fixé à *Niort-La Rochelle,* au cours de la seconde quinzaine du mois de *septembre 1947,* étant entendu que, dans cette éventualité, le Dr Trivas (de Niort) assurerait les fonctions de *secrétaire annuel.* Au cas où les possibilités locales (en particulier de logement) ne permettraient pas de recevoir un nombre suffisant de congressistes, une autre ville de France serait désignée par le secrétaire général pour être le siège de la 45e session.

SOCIÉTÉS

Société de médecine mentale de Belgique

Séance du 29 juin 1946

Présidence : M. P. van GEHUCHTEN, président

Le syndrome psychologique dans les encéphalopathies traumatiques, par M. A. Rey (de Genève).

L'auteur admet la théorie du Dr de Morsier, qui accorde une importance toute particulière à l'atteinte de la région mésencéphalique. Celle-ci est l'aboutissement des lignes de force de la convexité du crâne, ce qui explique qu'elle soit souvent le siège de lésions microscopiques. Des expériences réalisées chez le rat et la souris sous anesthésie, lui ont montré que des traumatismes craniens d'intensité constante ont des effets cliniques constants. On peut établir la force traumatisante maximale compatible avec la survie. L'auteur a établi en outre des tests moteurs, psychiques et psychologiques (tests d'éducabilité) qui permettent d'étudier d'une manière précise les réactions de l'animal traumatisé. Les différences observées dans certains cas peuvent être attribuées au fait que le traumatisme frappe le crâne à des moments variables par rapport à la pression sanguine maximale et minimale.

En clinique humaine, l'auteur divise les malades en trois groupes : 1° celui qui ne peut plus (à cause d'une lésion) ; 2° celui qui ne veut plus (par intérêt ou par simulation) ; 3° celui qui pourrait encore s'il ne se croyait pas amoindri. Quant aux médecins, il les divise également en trois groupes : 1° les médecins organicistes, qui se contentent de savoir s'il y a lésion ou pas ; 2° les médecins d'assurance, qui voient la sinistrose partout ; 3° les médecins de l'inconscient, qui suspectent toujours une occasion de « fuite dans la maladie ». Il montre ensuite par des exemples concrets que si l'état subjectif général et les facteurs émotionnels interviennent dans

la pathogénie de certains troubles de la sensibilité, en apparence fonctionnels, ceux-ci en sont dans une large mesure indépendants. Il a employé pour ces recherches un esthésiomètre spécial, et pour l'étude de la mémoire divers tests permettant d'apprécier la mémoire de fixation, la mémoire d'acquisition et la mémoire de conservation. Ces deux dernières sont le plus précocement touchées. Les épreuves permettent également d'apprécier la sincérité du sujet, et l'influence des facteurs psychologiques.

L'auteur montre enfin combien il est parfois difficile de se faire une opinion quand le blessé a déjà subi de nombreux examens, et est victime de ce qu'il appelle l' « examinose ».

J. Ley.

Société belge de neurologie

Séance du 29 juin 1946

Présidence : M. E. DE GREEF, vice-président

Nécrose œdémateuse de la moëlle plusieurs jours après un traumatisme fermé apparemment sans gravité, par Mme André.

Chez une femme de 41 ans, six jours après une chute sans suites immédiates sérieuses, apparition d'un tableau de paraplégie flasque, avec troubles sensitifs massifs superficiels et profonds, troubles sphinctériens, abolition des réflexes, signe de Claude Bernard-Horner à droite et hyperthermie (38 à 39°). La ponction lombaire révèle un blocage sous-arachnoïdien avec dissociation albumino-cytologique du liquide, sans hémorragie. Une intervention affirme la compression, sans lésion des méninges.

La victime succombe brusquement. L'examen histologique révèle un œdème nécrotique très étendu, sans hémorragie, surtout marqué au niveau de la substance grise et prédominant sur la moitié droite de la moelle. Lésions les plus graves en DI, DII et DIII. On poursuit cet œdème, dans la région péri-épendymaire, jusqu'en CVI et DX. Il existe étonnamment peu de produits de désintégration au stade des graisses. On ignore la pathogénie de tels processus ; elle paraît se rapprocher de celle de l'œdème traumatique des auteurs allemands.

L'amyotrophie progressive spinale à début et prédominance proxymale (poliomyélite chronique pure), par Mme Louis-Bar.

Il s'agit d'un femme de 58 ans, dont l'affection a évolué en cinq ans en passant par les phases classiques de fibrillation puis d'atrophie, avec début et prédominance au niveau des muscles de la ceinture scapulaire, et sans signes pyramidaux. Décès par hémorragie cérébrale. A l'examen histologique : lésions importantes des cornes antérieures de la colonne cervicale et dorsale supérieure, diminution de volume du noyau du XI médullaire avec chromolyse, aucune lésion corticale ni bulbaire.

Exploration radiographique des pédicules vertébraux, par MM. L. Ectors et J. Coryn.

Démonstration de clichés indiquant des altérations ou la disparition de l'ombre des pédicules vertébraux. Les auteurs insistent sur l'importance localisatrice de ces images. Seule l'incidence sagittale est utile ; les clichés en vue latérale ne donnent pas d'image nette. Les tumeurs métastatiques ou primitives (par exemple les myélomes) donnent des altérations de l'ombre des pédicules. Les lésions tuberculeuses ou traumatiques, par contre, n'en donnent pas.

J. Ley.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

PSYCHIATRIE

Destins de la psychiatrie suisse. D'autrefois à aujourd'hui et à demain, par le Dr H. Bersot, directeur de la Clinique Bellevue, au Landeron, Neuchâtel (1 vol. in-8° 136 pages. *Préface* du professeur *Ladame* et du docteur *Repond*, éditions Hans Huber, Berne, 1946).

Ainsi que l'écrit dans la préface le professeur Charles Ladame, l'utile livre de M. H. Bersot « est un tour d'horizon de la psychiatrie du passé, du présent et de l'avenir, une analyse avertie et fort documentée de tout ce qui a été fait et de tout ce qui reste à faire ». Eloge bien mérité de cette étude remarquablement claire et ordonnée où l'auteur, constatant que l'heure est venue pour les établissements psychiatriques de s'intégrer dans le plan général de l'économie hospitalière, se demande quel y sera leur rôle et quelles tâches ils auront à remplir pour poursuivre l'évolution demandée aux autres hôpitaux. C'est, écrit-il, aux établissements psychiatriques universitaires qu'il appartient de prendre des initiatives nécessaires et d'étendre de plus en plus au dehors leur activité.

M. H. Bersot montre bien l'évolution de l'assistance médicale depuis ses débuts jusqu'à nos jours, la formation et le rôle du psychiatre, la transformation du gardien en infirmier, la naissance et l'évolution de la protection légale des psychopathes en Suisse, le passage du simple dénombrement des malades à l'étude statistique et aux recherches scientifiques, le remplacement progressif de la coercition par une thérapeutique de plus en plus riche et de mieux en mieux adaptée, la création et l'efficacité du patronage, du placement familial, de l'assistance sociale. Sortie de l'asile, la psychiatrie rayonne au dehors et devient une psychiatrie sociale étendant son action aux enfants difficiles, aux infirmes mentaux (arriérés), aux alcooliques, psychopathes, délinquants, en même temps que prennent naissance les organismes d'hygiène et de prophylaxie mentales. Tout cela, en Suisse, en un siècle à peine.

Mais la tâche est loin d'être achevée. « Chaque progrès réalisé pose de nouveaux problèmes. » Des leçons du passé, des besoins du présent, M. H. Bersot, faisant œuvre positive, tire pour l'avenir les enseignements nécessaires, tant pour l'hospitalisation psychiatrique que pour les fonctions et

le recrutement du personnel médical et du personnel infirmier, le développement de statistiques bien établies, l'unification de la législation des divers cantons concernant les malades mentaux sous forme d'une « *loi fédérale d'hygiène mentale* » *simple* et *brève, se bornant à énoncer quelques principes essentiels* (point de vue souvent défendu ici). L'auteur n'insiste pas moins sur l'assistance extra-hospitalière et sur la nécessité de ces Sociétés de patronage, dont la première fut fondée en France en 1941 par J.-P. Falret et dont il souhaite à juste titre voir étendre le réseau sur tout le pays. Avec l'intensification du placement familial et le développement, le perfectionnement des services d'assistance sociale, la psychiatrie sociale sera mieux armée pour aider les policliniques et les établissements plus spécialisés à traiter tous les déficients mentaux dont le traitement fut trop longtemps négligé (enfants, névropathes atteints de troubles légers, alcooliques, délinquants, etc.) et dont la prophylaxie est encore bien insuffisamment assurée. L'hygiène mentale a sa place partout, à l'école comme à l'armée, à l'hôpital comme à l'usine.

Beau livre, qui vient à son heure, et que termine avec à-propos cette phrase écrite il y a quarante ans par le regretté P.-L. Ladame : « On a dit que l'état de l'assistance et de la protection des aliénés dans un pays est la seule mesure véritable et certaine du degré de sa culture intellectuelle et morale, le critérium de sa civilisation et de sa vraie liberté sociale. »

René CHARPENTIER.

THERAPEUTIQUE

Etude expérimentale de l'influence sur l'épilepsie sous-corticale de la di-phényl-hydantoïne, par le Dr Pierre FOURNIER (1 brochure in-8°, 69 pages, Reboul et Fils édit., Paris, *Thèse* 1946).

Dans le cadre des nombreuses recherches sur le problème de l'épilepsie sous-corticale suscitées par la pratique de l'électro-choc, M. Pierre Fournier apporte les intéressants résultats de ses expériences sur des pigeons et des rats. Après avoir rappelé les travaux antérieurs, il dégage de ses expériences les conclusions suivantes :

Chez les pigeons sans cerveau, la di-phényl-hydantoïne à dose subtoxique produit un syndrome rappelant la rigidité décérébrée. L'électrochoc permet de déclencher chez les pigeons sans cerveau une crise convulsive semblable à celle obtenue chez les oiseaux normaux ou chez les mammifères et cette épilepsie sous-corticale électrique est nettement diminuée par la di-phényl-hydantoïne ; l'action sédative du gardénal est d'ailleurs encore plus nette. Quand au cardiazol, il déclenche également chez le pigeon la crise épileptique et la di-phényl-hydantoïne n'a pas d'action antagoniste.

La di-phényl-hydantoïne agit donc électivement sur l'épilepsie électrique et n'influence en rien l'épilepsie cardiazolique. D'autre part, elle ne suspend pas l'activité réflexe du système extra-pyramidal : son action serait donc très différente de l'action des barbituriques qui suppriment le fonctionnement du système extra-pyramidal et sont antagonistes du cardiazol.

R. C.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHOLOGIE

L'avare, par le Dr W. Boven, professeur de caractérologie à la Faculté de médecine de Lausanne (*Médecine et hygiène,* n° 78 *bis* (spécial), 20 juillet 1946).

Rappelant qu'il y a de nombreux types d'avare, le professeur W. Boven caractérise ainsi l'*avare sordide.* « L'amour de ce propriétaire infuse à tout ce qui se confine dans son aire une vertu de relique. ...L'avarice est une manière d'adoration, d'autolâtrie. Stagnation, adoration ; impression de mort avec passion de vivre, telle est la richesse de cette misère... Si les ladres de cette espèce s'imposent tant de privations, c'est que la possession, conçue et ressentie à leur manière, ne peut guère s'exercer que sur des objets inanimés. Il est plus aisé de séquestrer les choses que les êtres. Et les objets n'exigent pas de frais d'entretien. Ils confèrent en revanche, par leur passivité parfaite, une impression de maîtrise parfaite. » L'avare éprouve ainsi la jouissance d'une variété d'amour et de pouvoir quasi-absolus.

R. C.

THÉRAPEUTIQUE

La psychothérapie dans l'établissement psychiatrique, par le Dr Müller, de Münsingen, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Berne (*Médecine et hygiène,* n° 78 *bis* (spécial), 20 juillet 1946).

Le professeur Müller rappelle avec force que le droit à l'existence d'un établissement psychiatrique dépend du fait qu'on y applique ou non une psychothérapie. Une somatothérapie bien comprise ne se trouve nullement en opposition avec un traitement par action psychothérapique. Avec les thérapeutiques de choc, l'importance du traitement psychologique des malades mentaux n'a fait que grandir. Qu'elle soit collective (et l'un de ses aspects les plus importants est alors le travail en groupe bien que l'effort d'adaptation à l'entourage doive être constant, ininterrompu) ou individuelle (reposant alors sur l'influence directe du médecin sur le malade pris individuellement), elle nécessite une organisation spéciale et, surtout, des médecins ayant non seulement la formation indispensable, mais des qualités personnelles (maîtrise de soi, maturité, équilibre, autorité morale incontestable, grande faculté d'adaptation). M. Müller insiste en outre sur l'importance du cadre du traitement et du choix du personnel auxiliaire.

R. C.

Le traitement psychologique des détenus, par A. Repond, médecin-directeur de la maison de santé de Malévoz, Monthey (*in* discussions de l'*Association suisse pour la réforme pénitentiaire et le patronage des détenus libérés*, fasc. 24, 1946).

L'article 37 du nouveau code pénal suisse prévoit expressément que la peine doit avoir une action éducatrice et préparer le retour du condamné à la vie normale, ce qui implique à la fois l'individualisation de la peine, l'étude de la personnalité du condamné, l'emploi des meilleurs moyens de rééducation. Rappelant les théories psychanalytiques sur la formation du caractère, des goûts, du comportement, de l'individu, M. A. Repond en tire des conclusions pratiques pour l'application de la peine, compte tenu de la constitution du condamné et des déterminantes de ses tendances aux actes anti-sociaux. Il met en lumière l'importance des phénomènes de suggestion collective, la nécessité de la collaboration régulière du psychiatre pour le dépistage des troubles intellectuels, caractériels, psychopathiques, et pour l'indication des moyens appropriés de rééducation. Si poussée que soit l'indispensable formation spéciale des fonctionnaires et employés de l'administration pénitentiaire, M. A. Repond propose de leur adjoindre le plus souvent des « psychologues professionnels ».

L'auteur signale en terminant que le code pénal suisse, en plusieurs de ses chapitres (mineurs, sursis, libérations conditionnelles, etc.), prévoit des mesures de prophylaxie criminelle ; il insiste à juste titre sur l'efficacité des mesures bien appliquées de prophylaxie en criminologie comme en psychiatrie en général, sur l'utile action des services sociaux pour les condamnés libérés comme pour les malades sortis des hôpitaux psychiatriques.

R. C.

La pénicilline et le traitement de la syphilis en Suisse, par M. Huon, de Lausanne (*Médecine et hygiène*, 1er août 1934).

D'une statistique personnelle portant sur 7 cas, l'auteur conclut que le traitement par la pénicilline est indiqué dans certains cas très précis (syphilis primo-secondaire à lésions contagieuses par exemple) mais toujours sous forme d'un traitement mixte combiné à la médication arsénobismuthique. La pénicilline est précieuse par son action extrêmement rapide (7 jours 1/2) sur les lésions contagieuses. Action irrégulière sur une sérologie positive. Influence très favorable sur l'état général du malade. Innocuité parfaite.

Mais l'action clinique, prouvée, de la pénicilline, même à doses faibles, sur les manifestations primo-secondaires, peut faire craindre, une fois la pénicilline à la disposition du public, par son application incontrôlée et insuffisante, l'évolution cachée de syphilis sans signes cliniques visibles jusqu'à l'apparition de manifestations tertiaires ou la découverte de signes sérologiques positifs. C'est là un sérieux danger pour l'avenir.

R. C.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Colonies et hygiène mentale, par Ant. Porot, professeur de Clinique psychiatrique à la Faculté de médecine d'Alger (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène*, avril-mai 1946).

Très intéressant article, dans lequel l'auteur résume les conclusions de sa longue expérience personnelle sur les nécessités spéciales de l'hygiène mentale aux colonies. Pour aborder, sous un climat nouveau, des conditions de vie très différentes, l'Européen a besoin de précautions particulières. Tout d'abord, les sujets appelés à travailler aux colonies doivent être soigneusement sélectionnés par un recrutement spécial, n'admettant que des sujets parfaitement équilibrés, écartant soigneusement en particulier tous ceux qui présentent des tendances à la dépression ou des tendances revendicatrices.

Une fois en milieu colonial, le sujet doit être protégé contre tous les assauts que ce milieu, si nouveau pour lui, peut apporter à son équilibre psychique (intoxications, infections touchant le système nerveux, conditions morales, sociales, déracinement, isolement, vie en milieu clos et restreint, etc...). Conditions d'habitat, congés périodiques, changements de poste, disjonctions précoces de cohabitations funestes, lutte contre le métissage, etc., ont un rôle important de prophylaxie. Sauf en certaines grandes villes, capitales coloniales, où s'est constitué un milieu européen, la vie aux colonies ne devrait avoir qu'une durée limitée, 8 à 10 ans environ.

Enfin, pour des populations indigènes souvent endormies dans une immobilisation séculaire, l'hygiène mentale pose des problèmes nouveaux tenant compte de leur formation psychologique et de leur constitution physiologique, problèmes qui diffèrent de ceux qui se posent en d'autres continents au contact de vieilles civilisations dont le retard sur la nôtre est avant tout mécanique, matériel. Pour ces divers groupes, il faut d'abord apprendre à mesurer les possibilités et proportionner aux résultats relatifs les adaptations désirables. Cela, sur le plan culturel comme sur le plan professionnel.

Le professeur Ant. Porot émet le vœu que se multiplient les centres de recherches et d'études psychotechniques préconisés par B. Lahy, dont les essais d'orientation ont bien montré que la plupart des tests mentaux et même certains tests moteurs devraient être modifiés pour être appliqués utilement aux populations indigènes. Certaines Universités, où se forment des médecins coloniaux, devraient ajouter à l'enseignement psychiatrique celui de la psychologie expérimentale et de la psychotechnique.

René Charpentier.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance ordinaire* du mois d'OCTOBRE de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 28 octobre 1946*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

La *séance ordinaire* du mois de NOVEMBRE de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 25 novembre 1946*, à 15 heures 30 *très précises*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine.

L'Assemblée générale et la *séance ordinaire* du mois de DÉCEMBRE de la Société médico-psychologique auront lieu le *lundi 16 décembre 1946*, à 15 heures 30 *très précises*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Concours pour 6 places de médecin-chef des hôpitaux psychiatriques

Un *concours* pour 6 places de *médecin-chef des hôpitaux psychiatriques* s'ouvrira à Paris le *4 novembre 1946*.

Les *inscriptions* seront reçues jusqu'au 5 octobre 1946 au ministère de la santé publique (Direction du personnel), 7, rue de Tilsitt, à Paris (17e arr.).

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Réunion neurologique (8-10 octobre 1946)

Réunion neurologique des *8, 9* et *10 octobre 1946* organisée par la *Société de Neurologie de Paris.*

PROGRAMME DES TRAVAUX

Mardi 8 octobre 1946 :

I. Exposé des travaux du Prix Déjerine 1940. 9 h. 30. Professeur Marcel Monnier, de Zürich : *Etude morphologique, physiologique et physio-pathologique de la substance réticulée du névraxe.*

II. Question mise à l'ordre du jour : Le problème de la soif. — 14 h. 30. 1er Rapport. MM. J. Lhermitte et A. Tournay : *Introduction psycho-physiologique au problème clinique de la soif.* — 2e Rapport. MM. Th. Alajouanine et R. Thurel : *Les données cliniques, expérimentales et thérapeutiques de la soif chez l'homme.*

Mercredi 9 octobre 1946 :

9 h. 30. 3e Rapport. M. Jacques Decourt : *Réflexions sur la physio-pathologie du diabète insipide.*

14 h. 30. 4e Rapport. M. Kourilsky : *Le diabète insipide et le problème de la soif.*

Jeudi 10 octobre :

9 h. 30. Séance consacrée aux communications des membres correspondants.

Les séances auront lieu *12, rue de Seine,* à Paris.

Secrétaire général : M. Raymond Garcin.

Souhaits de bienvenue en Suisse aux aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française

A l'occasion de la *44e session* du *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française* (Genève-Lausanne, 22-27 juillet 1946), l'excellent journal d'informations médicales, publié à Genève par notre compatriote le Dr Léon Weber-Bauler, « *Médecine et Hygiène* », a fait paraître le 20 juillet un numéro spécial de bienvenue aux congressistes.

M. le conseiller fédéral Ph. Etter, chef du Département fédéral de l'intérieur, accueillant le Congrès de façon particulièrement bienveillante, y affirme en termes excellents le rôle social du neuro-psychiatre, « l'aliéniste ou le « neurologiste n'est pas seulement un médecin. Il doit être aussi le conseil- « ler, l'intime, le confident. On le consulte comme un ami. Il doit, pour « accomplir sa délicate tâche, faire preuve d'autant de savoir que de com-

« préhension, je veux dire de douceur, de patience, d'attention, en un mot « de charité ». A ses côtés, M. A. PUGIN, chef du Département du travail, hygiène et assistance publique du Conseil d'Etat de la République du Canton de Genève, M. Rod. RUBATTEL, président du Conseil d'Etat du Canton de Vaud, M. Marcel RAISIN, président du Conseil administratif de la Ville de Genève, M. Pierre GRABER, syndic de Lausanne, apportèrent aux congressistes les promesses qui se réalisèrent d'un accueil et d'une hospitalité dont tous garderont le très agréable et fidèle souvenir.

M. le Dr P. VOLLENWEIDER, directeur du service fédéral de l'hygiène publique, rappelant les travaux des neuro-psychiatres français, insista sur l'intérêt commun de cette reprise de contact de spécialistes séparés par une longue guerre. Puis successivement, au nom de leurs Universités ou des Sociétés médicales suisses, MM. les professeurs MICHAUD (de Lausanne), G. DE MORSIER (de Genève), R. ISENCHMID (de Berne), Robert BING (de Bâle), C.-G. JUNG (de Zürich), BOVEN (de Lausanne), WEGELIN (de Berne), M. MINKOWSKI (de Zürich), KRAYENBUHL (de Zürich), BLEULER (de Zürich), H. STECK (de Lausanne), F. MOREL (de Genève), J.-E. STACHELIN (de Bâle), B. STREIFF (de Lausanne), H. NAVILLE (de Genève), MULLER (de Münsingen), MM. les Drs CHATILLON (de Genève), F. CARDIS (de Lausanne), H. REVILLOD, F. BRAUN (de Zürich), A. REPOND (de Malévoz), H. BERSOT (du Landeron, Neuchâtel), M. TRAMER (de Soleure), Philippe SARRASIN (de Bâle), BINSWANGER (de Kreuzlingen), Ed. BOREL (de Saint-Blaise) ont ajouté, sous forme de souhaits de bienvenue, des renseignements scientifiques ou thérapeutiques, ou même de mémoires originaux, une importante contribution à cette très aimable et remarquable réalisation du Dr Léon WEBER-BAULER.

CRIMINOLOGIE

La délinquance juvénile

Une étude sur la délinquance juvénile, parue dans le bulletin *Notes documentaires et études* (29 octobre 1945), donne les chiffres suivants, en ce qui concerne le nombre des mineurs qui furent l'objet d'une décision des tribunaux, de 1912 (veille de la mise en application de la loi fondamentale de 1912), à 1943 : 1912 : 13.670 mineurs ; 1919 : 21.095 mineurs.

De 1919 à 1923, le nombre de ces mineurs délinquants décroît progressivement jusqu'à 11.445. De 1923 à 1927, il croît jusqu'à 14.407. De 1928 à 1933, nouvelle décroissance, il passe de 14.407 à 8.972. De 1933 à 1939, il oscille entre 10.000 et 13.000 (10.434 en 1933, 13.310 en 1938, 12.165 en 1939).

Enfin, la guerre lui fait faire un bond alarmant : 1940 : 16.937 ; 1941 : 32.327 ; 1942 : 34.781 ; 1943 : 32.290. Ce dernier phénomène est à rapprocher de celui observé durant la guerre 1914-1918. On peut espérer qu'avec le retour de la paix la délinquance juvénile diminuera à nouveau.

(*Le médecin français*, 10 juin 1946).

MÉDECINE SOCIALE

Une heureuse initiative belge pour débarrasser le médecin de la « paperasserie administrative »

Les nouvelles lois sur le contrôle sanitaire des travailleurs en Belgique multiplient outre mesure les obligations administratives des médecins qui participent à un service social, et ces médecins ont bien autre chose à faire que de s'occuper de « paperasserie administrative ». C'est pourquoi la Croix-Rouge de Belgique va inaugurer un centre de collaboration avec les médecins. Le premier de ces centres sera installé à Vilvorde, et il prendra sur lui absolument toute la partie administrative du travail du médecin « social ».

(*Médecine et hygiène*, 15 juin 1946).

UNIVERSITÉ DE PARIS

Faculté de médecine

M. le Dr H. BARUK, médecin-chef de la Maison nationale de santé de Saint-Maurice (Seine) est nommé professeur agrégé de psychiatrie à la Faculté de médecine de Paris ;

Avaient été déclarés *admissibles :* MM. H. BARUK et Paul COSSA.

M. le Dr S. DE SÈZE, médecin des hôpitaux de Paris, est nommé professeur agrégé de neurologie à la Faculté de médecine de Paris.

M. le Dr J. DE AJURIAGUERRA est nommé, à titre étranger, professeur agrégé de psychiatrie.

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

Faculté de médecine

M. le Dr LAFON est nommé professeur agrégé de psychiatrie à la Faculté de médecine de Montpellier.

Avaient été déclarés *admissibles :* MM. LAFON et CRÉMIEUX.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

MASSON et Cie Editeurs, Paris
Dépôt légal : 1946 (2e trimestre) — Numéro d'ordre : 367
Cahors, Imp. A. COUESLANT (*personnel intéressé*). — 73.524. — 1946
C. O. A. L. 31.2330.

TOME II. — N° 4 NOVEMBRE 1946

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX



L'ÉPILEPSIE ESSENTIELLE, SA PSYCHO-PATHOLOGIE ET LE TEST DE RORSCHACH

PAR

Mme F. MINKOWSKA

Ce mémoire fait suite à une communication présentée au cours de la séance du 27 novembre 1944 à la Société médico-psychologique, communication dans laquelle nous avons apporté nos premières conclusions (1). L'intervalle entre cette communication et la rédaction de ce mémoire s'est prolongé plus que nous ne l'aurions désiré. En dehors d'empêchements d'ordre personnel, la difficulté réside dans le problème lui-même.

Le début de nos recherches personnelles dans ce domaine à l'aide du test de Rorschach remonte à l'année 1938, et toutes les données essentielles avaient été déjà recueillies au cours des années 1940-1942. C'est dire que nos recherches sur l'épilepsie étaient antérieures à celles sur la schizophrénie. Pourtant les résultats de ces dernières recherches faites en collaboration avec

(1) *Ann. méd.-psych.*, décembre 1944, page 545.

MM. Laignel-Lavastine, Bouvet et Neveu étaient rédigées et transmises à la rédaction de la *Revue suisse de psychologie,* dès 1943 pour y paraître dans le numéro spécial de Rorschachiana (1), tandis que les recherches sur l'épilepsie toutes prêtes restaient en souffrance.

A quoi attribuer ce retard ? Grâce à Bleuler qui a mis en évidence les mécanismes essentiels de la schizophrénie, à savoir la Spaltung et l'autisme, la clinique de cette affection, sans rien préjuger de son origine organique, est venue s'enrichir, malgré toutes les critiques, d'un chapitre de psychopathologie structurale, et cela aussi bien dans la littérature de langue allemande qu'en France.

Les choses se présentent d'une façon toute différente dans le domaine de l'épilepsie. Il suffit de relire les rapports présentés à la XII[e] Réunion neurologique internationale à Paris en 1932 (2), en premier lieu celui d'Abadie, pour se rendre compte que les conceptions psychiatriques des anciens auteurs comme Delasiauve, Morel, Falret, Féré, Herpin et Voisin, rentraient de plus en plus dans l'ombre en cédant progressivement le pas aux conceptions et aux formules purement neurologiques Si nous remontons à la célèbre discussion qui s'est déroulée à la Société médico-psychologique, au cours de cinq séances consécutives, en 1871-1872 sur l'épilepsie larvée, où les auteurs ont plus particulièrement insisté sur l'épilepsie en tant qu'entité clinique autonome de même que sur le rôle du facteur héréditaire, sur les équivalents psychiques pouvant remplacer les crises convulsives, sur la spécificité du caractère épileptique qui comprend aussi bien l'impulsivité que l'obséquiosité (Falret) (3), nous n'avons pas de peine à constater la regression qui s'est produite ici. C'est que les conceptions neurologiques suppriment à tour de rôle l'autonomie, l'hérédité, l'importance première des équivalents, réduisent les réactions caractérielles à l'impulsivité, pour aboutir en fin de compte à la formule lapidaire de Pierre Marie : « La cause première de l'épilepsie est toujours extérieure au malade et postérieure à sa conception. » (4).

Pourtant l'enseignement des maîtres de la psychiatrie française ne s'efface point entièrement ; il continue à exercer son influence.

(1) Supplément 7 de la *Revue Suisse de Psychologie,* Rorschachiana, H. Huber, Berne, 1945.
(2) Parus chez Masson.
(3) Falret. — *De l'état mental des épileptiques,* Paris, 1861.
(4) Cité d'après M. Picard. — De quelques notions actuelles au sujet de l'épilepsie dite essentielle. *Encéphale,* décembre 1928.

Du heurt de ces deux tendances résulte *l'attitude flottante* dans le domaine de l'épilepsie essentielle. Au lieu de rechercher une synthèse, un lien intérieur capable de rattacher les divers éléments qu'on retrouve régulièrement dans chaque observation clinique bien prise, les auteurs préfèrent souvent sacrifier la richesse de ces éléments à une doctrine unilatérale.

Cette attitude flottante se reflète par exemple dans les deux rapports d'Abadie cités déjà plus haut. Tantôt il attache une importance exclusive à l'impulsivité et à l'irritabilité, doute de l'existence d'une constitution glischroïde ayant pour support premier la viscosité (p. 1 du rapport), tantôt, après avoir rappelé la bradypsychie de Ducosté et le fond de dépression affective, il écrit : « Ce qui donne au caractère épileptique son allure particulière, c'est l'adjonction constante aux termes précédents d'une irritabilité dissimulée toujours en puissance et comme sous tension » (p. 159).

De même Abadie consacre la première partie de son rapport à la démonstration de l'inexistence de l'épilepsie essentielle, tandis que le deuxième rapporteur, M. Pagniez, écrit dans son livre (1) : « La délimitation du sujet est déjà délicate et appelle quelques développements. En matière d'épilepsie, toute définition et toute délimitation sont encore fournies par la clinique. Celle-ci a depuis longtemps posé en principe indiscuté qu'il n'existe pas une, mais des épilepsies... Toutes ces variétés admises, il reste un nombre important de cas qu'on ne saurait, sans forcer les limites de vraisemblance, faire rentrer dans l'une ou l'autre de ces divisions. Longtemps ils ont constitué ce qu'on appelle l'épilepsie essentielle.

Aujourd'hui d'aucuns trouvent plus décent de l'appeler épilepsie cryptogénétique... A son sujet la lecture des travaux contemporains amène à une constatation curieuse. Alors que les traités s'efforcent le plus possible de restreindre son importance, le monde des chercheurs ne conçoit qu'elle et ne s'occupe que d'elle. C'est qu'aussi bien c'est la forme d'épilepsie qui pose l'énigme pathogénique de la façon la plus irritante. »

Dans son rapport, le même auteur écrit : « Ce qui est avant tout épileptique c'est la perte de conscience » et s'éloigne ainsi de nouveau de ceux qui voient dans la crise convulsive la manifestation la plus saillante de l'épilepsie. A ce point de vue, il se rapproche de M. Hartenberg qui, en signalant que pour la plupart

(1) P.-L. Pagniez. — *L'épilepsie*, Masson, Paris, 1929.

des auteurs « l'épilepsie est avant tout une maladie motrice », met en avant, sur le plan clinique, l'*inhibition* (1), ce qui lui fait dire que : « L'épilepsie n'est pas en réalité une maladie convulsivante ». Pourtant plus loin, dans ce même article, comme dans une étude ultérieure (2), mais cette fois sur le plan physiopathologique, il déclare, qu'il n'y a pas d'épilepsie sans lésion cérébrale, et partant de là, il aboutit à une conception opposée à la précédente de la crise ; le paroxysme comitial complet, la grande crise, serait une réaction composée de trois temps successifs : 1° une excitation initiale, localisée en un point de l'encéphale et due à une altération anatomique ; 2° une abolition fonctionnelle des centres cérébraux supérieurs, réalisant la perte de conscience et de la mémoire ; 3° une décharge des centres sous-corticaux, réalisant les convulsions.

A ce point de vue la position de M. Pagniez lui évite des contradictions ; c'est que, comme il le dit dans son livre (page 9), « on est amené à y reconnaître (dans l'épilepsie) la mise en jeu de deux facteurs, l'un nerveux, l'autre humoral », et il termine son rapport de 1932 par les mots suivants : « Demain nous donnera peut-être le mot de l'énigme. Il est peu probable que celui-ci soit tel que l'épilepsie cesse d'être une maladie à double aspect, cette combinaison neurologique et humorale, dont il n'est peut-être pas d'équivalent en pathologie, et dont la complexité même aura pour beaucoup d'entre nous fait l'intérêt. »

Cette *attitude flottante* mise en relief plus haut et à laquelle échappent seulement quelques auteurs comme M. Pagniez, de même que les oppositions qu'elle engendre, mènent à une multitude de travaux qui, venant de différents domaines (anatomie pathologique, chimie biologique, endocrinologie, conceptions neurologiques et psychiatriques), fournissent une littérature extrêmement abondante, dans laquelle on ne se retrouve guère, car ces recherches restent éparpillées et ne donnent point de vue d'ensemble. Cela ressort nettement des rapports mentionnés plus haut, de même que de la revue de M. Picard, de même encore que des travaux du Congrès international de Londres en 1935.

Cette situation générale se révèle chaque fois que sont discutées les questions pratiques ayant trait à l'épilepsie, que ce soit dans le domaine de la prophylaxie : rôle de l'hérédité, mariage et

(1) HARTENBERG. — Une conception nouvelle de l'épilepsie. *Presse médicale*, novembre 1919.
(2) HARTENBERG. — Le rôle de l'inhibition dans les manifestations épileptiques. *Encéphale*, 1931.

prévention, dans la médecine militaire : réforme dans les cas atypiques, au sujet de la récupération des épileptiques aussi bien au point de vue scolaire d'abord que professionnel ensuite, enfin au sujet de la thérapeutique (emploi du di-hydan et du solantyl).

A l'appui nous citons une série de communications en rappelant plus particulièrement les discussions auxquelles elles ont donné lieu (1). Toutes ces observations cliniques et les discussions qu'elles ont provoquées nous montrent en premier lieu — et c'est là leur intérêt principal — la différenciation et toute la richesse du tableau clinique. La psychopathologie y retrouve sa place que, malgré l'enseignement des anciens psychiatres, elle avait, sous l'influence des conceptions unilatérales, perdue pour un temps. Nous renvoyons à ce propos à la thèse instructive de M. Svick (2).

Voyons encore le problème de l'épilepsie essentielle à travers les travaux de M. Picard. Sa thèse (« Des actes automatiques de nature comitiale », Paris 1927), comporte 22 observations très détaillées ; l'auteur y examine les manifestations automatiques sous leurs divers aspects. Dans la revue générale de 1928 citée plus haut, la clinique et la psychopathologie se trouvent étouffées sous l'avalanche de travaux les plus variés. Mais six ans plus tard, en 1934, dans une étude originale (3), M. Picard revient à une très fine et minutieuse analyse psychologique des manifestations épileptiques en les subordonnant toutefois à l'idée d'une parenté clinique avec la psychose maniaque-dépressive.

(1) * H. Gallot et J. Buvat. — Hérédité et épilepsie avec quatre générations consécutives d'épileptiques. *Ann. méd.-psych.*, nov.-déc. 1940.

X. Abély et Mlle Gravejal. — Accidents psychopathiques conscients et mnésiques chez un épileptique. *Ann. méd.-psych.*, nov.-déc. 1940.

J. Dublineau. — Recherches sur 55 cas de crises nerveuses observées dans le milieu militaire. *Ann. méd.-psych.*, nov.-déc. 1941.

Scherrer. — Note sur les tests médico-légaux de l'épilepsie. *Ann. méd.-psych.*, déc. 1942.

Brissot et E. Delage. — Essai de traitement de l'épilepsie convulsive chez des enfants et des adolescents par la diphényl-hydantoïne libre. *Ann. méd.-psych.*, oct.-nov. 1942.

Marchand. — Note sur quelques cas d'épilepsie traités par le solantyl et par le dihidan. *Ann. méd.-psych.*, oct.-nov. 1942.

L. Vidart. — Un an de fonctionnement du chantier d'épileptiques de Gennevilliers. *Ann. méd.-psych.*, mai 1943.

Léon Michaux. — Le problème de l'orientation scolaire et post-scolaire des épileptiques. Groupement français d'études de neuro-psychopathologie infantile. *Bulletin*, juillet 1939.

(2) A. Svick. — Contribution à l'étude des délires d'allure atypique au cours des états épileptiques. *Thèse de Paris*, 1934.

(3) Picard. — Les parentés psychologiques de l'épilepsie et de la psychose maniaque-dépressive. *Evolution psychiatrique*, 1934, fasc. IV.

Du même problème des rapports entre épilepsie et psychose périodique endogène traite, dix ans plus tard, un mémoire récent de MM. Marchand et Ajurriaguerra où l'effort des auteurs tend vers la délimitation de ces deux affections. Nous en extrayons le passage suivant : « Quand on envisage les travaux concernant les rapports entre les accès de la psychose périodique et les formes mentales épileptiques périodiques, on reste étonné de la multiplicité des opinions si souvent contradictoires. » Et les auteurs poursuivent : « Que l'on envisage les antécédents héréditaires, les caractères de la personnalité morbide, les particularités cliniques, biologiques et même thérapeutiques, aucune de ces données ne permet de confondre en un même groupe nosologique la psychose périodique endogène ou constitutionnelle et l'épilepsie psychique, qu'elle soit ou non périodique. » (1).

M. S. Follin publie en 1941 sa thèse sur les épilepsies et les psychoses discordantes, thèse sur laquelle, étant donné son intérêt, nous reviendrons encore plus tard.

Enfin, nous ne saurions pas passer sous silence la contribution nouvelle et importante, en pleine évolution encore, qu'apportent à l'exploration, à la délimitation, à l'étude du rôle du facteur constitutionnel, dans le domaine de l'épilepsie, des recherches récentes, sur le plan physiopathologique cette fois-ci, sur l'électro-encéphalogramme (2). La rencontre de ces recherches avec les recherches psychopathologiques serait du plus haut intérêt.

Pour notre part, en abordant le problème du point de vue psychopathologique à l'aide du test de Rorschach, nous ne saurions mieux faire, avant de passer à l'exposé de nos données, que d'adhérer, pour opérer un choix entre les diverses doctrines indiquées plus haut, à la position de Voisin, vieille de bien d'années il est vrai, mais on ne peut mieux adaptée à nos préoccupations modernes :

« L'existence d'un poison retenu ou fabriqué par l'organisme et déterminant chez un sujet prédisposé héréditairement des manifestations épileptiques... L'élément dominant dans l'épilepsie est la prédisposition héréditaire, c'est-à-dire un état particulier de la cellule nerveuse. » (3). Parmi les auteurs cités plus haut

(1) L. Marchand et J. Ajuriaguerra. — Psychose périodique endogène et psychose épileptique périodique. *Ann. méd.-psych.*, avril 1944.

(2) A. Baudouin et H. Fischgold. — Le diagnostic de l'épilepsie par l'électro-encéphalographie. *Bull. Acad. Méd.*, 125, n° 24-25, 1941.

A. Baudouin, Fischgold et Remond. — Epilepsie par électro-encéphalographie. *Congrès de Montpellier*, oct. 1942, et *Semaine des Hôpitaux*, 26, 1946.

(3) Voisin. — *L'Epilepsie*, Paris, 1897.

M. Pagniez, en parlant de la maladie à deux aspects, se rapproche le plus de cette position. A ce propos citons encore un passage significatif de son livre dans lequel il se réfère à Voisin : « Quand on étudie ce qui se passe chez un grand nombre d'épileptiques, on remarque que ces crises ne surviennent qu'après un temps plus ou moins long, pendant lequel l'organisme subit une sorte de préparation réalisant ce que Voisin appelait : « *épilepsie en puissance* ». Celle-ci constituée, les paroxysmes... sont déterminés par des circonstances multiples. C'est *l'épilepsie en acte* de Voisin. »

Ces deux aspects de l'épilepsie traversent d'un fil rouge nos propres recherches, aussi bien généalogiques sur les épileptiques (1) que sur Van Gogh. Nous les retrouvons de la même manière, comme nous le verrons tout à l'heure, dans les présentes recherches.

Je commence par préciser le point de départ de ces recherches. Lorsqu'en 1923 j'ai présenté à la Société médico-psychologique, en me basant sur mes recherches généalogiques, ma première communication sur l'épileptoïdie, le point le plus discuté fut la viscosité et l'adhésivité, éléments relativement nouveaux, ressortant d'une façon particulièrement saillante de l'histoire de la famille B, qui descend d'un épileptique (2). L'élément impulsif qui jusque là était considéré comme pivot des manifestations épileptiques, comme en témoigne encore le travail de Roemer paru en 1910 (3), faisait défaut chez les membres épileptoïdes de la famille B.

Pour marquer l'importance de la viscosité, nous avons introduit, suivant la suggestion de Pichon, le terme de *glischroïdie*. Ce terme, nous avons intérêt à l'introduire définitivement dans notre nomenclature, pour éviter, comme me le faisait remarquer très judicieusement M. Marchand, toutes les imprécisions et tous les malentendus attachés au terme d'épileptoïdie.

En 1932, j'ai publié une étude sur Van Gogh. J'y optais pour le diagnostic d'épilepsie, diagnostic qui était posé par le médecin

(1) F. Minkowska. — Recherches généalogiques et problèmes touchant au caractère, en particulier à l'épileptoïdie. *Ann. méd.-psych.*, juin 1923.
F. Minkowska. — La constitution épileptoïde et le trouble générateur de l'épilepsie essentielle. *Evol. psych.*, Maloine, 1932, IV.
(2) F. Minkowska. — L'hérédité dans la schizophrénie et dans l'épilepsie. *Evol. psych.*, 1936, II.
F. Minkowska. — Epilepsie und Schizophrenie. im Erbgang. *Arch. der Julias-Klaus Stiftung*, t. XII, Zurich, 1937, Orell-Füssli.
F. Minkowska. — Van Gogh, sa vie, sa maladie et son œuvre. *Evol. psych.*, t. III, fasc. 1, 1933, Maloine.
(3) Roemer. — Zur Symptomatologie und Genealogie der psychischen Epilepsie und der epileptoïden Anlage. *Zeitschrift. f. Psych.*, 1910.

de l'asile de Saint-Rémy, malgré l'absence de toute manifestation convulsive. Contrairement à l'unipolarité constatée dans la famille B., toute la vie de ce génial artiste ainsi que sa maladie et son œuvre sont dominées par le jeu de deux pôles : celui de la *viscocité* et celui de *l'impulsivité,* celle-ci allant jusqu'au véritable déchaînement. La peinture, moyen d'expression, contribuait ainsi à mettre en relief la structure bipolaire des manifestations épileptiques.

Cette étude me mettait ainsi sur la voie du test de Rorschach qui lui-même touche de près au problème de l'expression. Ce qui m'avait frappée d'abord c'est la constatation de Rorschach (1) que les kinesthésies chez les épileptiques sont particulièrement fréquentes et augmentent même en fonction de l'état démentiel, fait surprenant et paradoxal à première vue, les kinesthésies étant considérées comme l'expression du facteur créateur et disparaissant dans les autres formes de démence. Ces kinesthésies seraient-elles en rapport avec le déchaînement qui caractérise surtout la dernière période de la vie et de l'œuvre de Van Gogh ?

Je fis mes premiers pas dans le service de M. Maillard à Bicêtre. Les malades étaient exclusivement du sexe masculin, âgés de 16 à 50 ans, avec prédominance de sujets jeunes, ayant depuis des années des crises convulsives, des troubles du caractère, soumis depuis longtemps au traitement par le gardénal. Cette chronicité de même qu'un certain degré d'affaiblissement présentaient des conditions défavorables pour la recherche des traits saillants. Les tests étaient pauvres, monotones avec quantité de persévérations. La lenteur des malades (bradypsychie de Ducosté) rendait encore la tâche plus difficile. Certaines épreuves duraient jusqu'à 2 heures 1/2, et à cette lenteur venait s'ajouter encore l'engourdissement provoqué par le gardénal. Quoi qu'il en soit, les réponses étaient concrètes, adéquates, peu différenciées en ce qui concerne la forme ; les malades réagissaient particulièrement à la couleur rouge de la II[e] et de la III[e] planche. Les kinesthésies ne faisaient jamais défaut, fait que la torpeur des malades rendait encore plus intéressant (dans les autres états de dépression, d'inhibition, de torpeur, elles manquent d'habitude). L'élément de mouvement déchaîné qui m'a servi de point de départ et que nous retrouvions dans les fréquents actes impulsifs chez les malades, ne s'extériorisait pourtant pas. Frappante était l'attitude générale des épileptiques, leur façon de prendre la planche, de la tenir, de la maintenir, d'y adhérer, de la garder même pen-

(1) Rorschach. — *Psychodiagnostik,* H. Huber, Berne, 1922.

dant les absences, le fait de mimer les kinesthésies contrairement aux normaux qui ont des kinesthésies mais ne les miment pas, et aux schizophrènes qui restent figés ; cette tendance à mimer des épileptiques, je l'ai trouvée mentionnée par la suite dans le texte même de Rorschach. D'autre part, la propagation du mouvement était mise en relief d'une autre manière. Mme Kopp, ancienne assistante du Docteur Heuyer, à qui j'ai demandé de pratiquer quelques tests d'Osseretzki chez ces malades, a été frappée par les points suivants : le mouvement du membre supérieur droit est accompagné d'une ébauche analogue contrelatérale ; les mouvements sont exécutés avec difficulté séparément, par contre ils ont toujours une tendance à être *synergiques*.

Peu satisfaite des résultats, pauvres relativement à l'effort fourni, j'ai été amenée à abandonner les malades de Bicêtre et avec l'autorisation de M. Laignel-Lavastine, j'ai commencé, au début de 1940, à examiner dans son service des malades indépendamment du diagnostic. J'ai poursuivi ce travail pendant deux ans et demi (1940-1942). Nous avons exposé nos résultats dans une communication parue sous forme de mémoire : « Le test de Rorschach appliqué à l'examen clinique par M. Laignel-Lavastine, Mme Minkowska, MM. Bouvet et Follin (*Ann. méd.-psych.*, juin et juillet 1941), dans une communication présentée au Congrès de Montpellier en 1942 et dans une publication plus importante : « Le test de Rorschach et la psychopathologie de la schizophrénie » citée plus haut.

Simultanément, je voyais presque tous les épileptiques qui se présentaient à la consultation, qui se trouvaient hospitalisés dans le service libre ou étaient internés. Le hasard a voulu que la première malade épileptique que j'ai eu à examiner en avril 1940 me dédommagea largement de tous les efforts antérieurs.

Il s'agissait d'une épileptique de 38 ans, qui avait des crises convulsives fréquentes. Coléreuse, récriminatrice, ayant des disputes violentes avec son mari, tous les traitements restaient sans effet appréciable. Au mois d'avril 1940, elle rentre en observation dans le service libre. Le jour où j'ai voulu la tester paraissait très mal choisi. La malade était agitée, violente. Accidentellement, le traitement au gardénal était suspendu d'une façon brusque depuis 36 heures ; elle était agitée à tel point qu'il avait fallu l'entraver la veille. J'ai essayé de la tester quand même ; la malade se calme très rapidement, elle regarde les planches avec curiosité, donne des réponses très rapidement, sans hésitation, d'une façon très affirmative. Pour la première fois, je me trouvais en présence d'un test *riche* chez une épileptique et cette richesse dépassait de beaucoup son bagage intellectuel.

Test de Mme E. R., 38 ans (avril 1940) :

I. — Une chauve-souris.

II. — 1) Deux clowns qui sont en train de se taper la main, *agenouillés* sur une jambe.

2) Une toupie d'enfant (détail intermaculaire).

3) Deux cagoules (partie supérieure, planche renversée) qui s'*entrechoquent*.

III. — 1) Ce sont des laquais en veste noire avec les pans en train de porter un récipient.

2) Deux gouttes de sang (rouge supérieur).

3) Deux têtes de chiens *ouvrant leurs gueules* et portant *sur leurs museaux un récipient* (renversée, milieu latéral).

4) Un papillon entre deux chiens.

IV. — 1) Une peau avec des poils d'un animal *quelconque,* mais je ne peux pas dire lequel (renversée).

V. — 1) Une tache d'encre, ça n'a pas une forme d'un papillon.

2) Un bonhomme déguisé avec des cornes, qui *porterait* des feuillages dans ses bras, *ayant des jambes* tout à fait de travers.

3) Un masque de figure pas très net avec un nez très accentué (partie latérale).

VI. — 1) Comme une peau de fourrure, un bâton au milieu, d'un côté comme de l'autre.

2) Deux masques de carnaval avec un grand nez.

VII. — 1) Des flocons de laine qui sèchent au vent.

2) Deux têtes de bébé joufflues qui *s'avancent* avec un bonnet pointu excentrique (part. sup.).

3) Une personne qui *court* avec une jambe et qui a peur d'une masse qui peut lui *tomber* dessus (renversée), ce n'est pas drôle, et qui *porte* une main en avant.

VIII. — 1) Un squelette, un buste, la cage thoracique avec deux poumons (rose).

2) Des feuilles qui montent (renversée vert-gris).

3) Deux têtes de bœuf *accolées* l'une à l'autre, montrant un œil (renversée ; partie rouge).

4) Une petite bête qui *monte* sur quatre pattes du *point jaune au point gris*.

IX. — 1) C'est un peu embrouillé, une langouste, j'aimerais bien manger avec la mayonnaise (partie orange).

2) Il y a bien des taches, mais je ne sais pas grand'chose.

3) Une bête avec une barbiche.

4) Les taches ne me disent rien.

X. — 1) Des fleurs.

2) Une femme assise dans un grand fauteuil avec une jupe blanche avec des fantaisies sur les côtés (partie rouge et blanc au milieu).

3) Un pot en grès blanc avec des dessins.

4) Une lampe, du bleu, du blanc, du rouge.

Procédons à une analyse et à une interprétation de ce test :

I. D'après le triage habituel des réponses, nous constatons, en ce qui concerne le mode de perception, la présence de réponses globales et de réponses ayant trait au grand détail ; deux réponses de détail intermaculaires. La malade réagit au rouge de la III[e] planche en donnant une réponse de couleur-forme, les autres réponses sont des réponses de forme-couleur. Les kinesthésies sont très nombreuses : 17 en tout. Le contenu des réponses : formes humaines, formes animales, objets. Les réponses sont très concrètes, presque en relief, toujours adéquates. Les réponses de forme sont peu différenciées. Voilà le schéma tout court.

II. Mais adressons-nous maintenant au *langage,* aux *expressions de base ;* nous saisirons alors de quoi est faite la richesse, le relief particulier de ce test. L'élément prédominant sont les *verbes,* le test en fourmille ; ils remplissent du reste une fonction particulière, ils servent *à lier les parties séparées* de la planche. *Ce lien* fait des réponses de forme, peu nuancées en elles-mêmes et concernant les détails, non pas une réponse globale, mais *un ensemble,* presque un tableau ; par exemple : « des clowns qui sont en train de se taper la main, agenouillés sur une jambe » (planche II), — « deux têtes de chiens ouvrant leurs gueules et portant sur leurs museaux un récipient » (planche III, récipient — une persévération). Il ne s'agit pas d'un simple hasard, car cette particularité se retrouve dans toutes les planches.

Ce besoin d'établir un *lien partout, doublé de l'incapacité de s'arrêter à une forme isolée,* s'impose avec une telle force à la malade qu'il ressort dans les réponses au premier plan, au détriment de la précision de la forme : « Une bête qui monte du *point jaune* au *point gris* » (VIII[e] planche), « une personne qui court et qui a peur d'une *masse* qui peut tomber dessus ». Et là où le verbe ne trouve pas d'application, la malade le remplace par des prépositions appropriées ; par exemple : « un papillon *entre* deux chiens » (planche III).

Après les recherches laborieuses mais peu fécondes de Bicêtre, je me trouvais en présence d'un fait tout à fait nouveau qui semblait donner la réponse à la question que je m'étais posée. Il s'agissait non seulement d'une profusion de kinesthésies, mais celles-ci servaient encore à remplir une fonction spéciale.

Cette première constatation a été confirmée par les tests suivants. Elle était en complet contraste avec l'absence de kinesthésies chez les schizophrènes de même qu'avec la fréquence chez

eux de termes tels que : « *coupé, séparé, partagé, divisé en deux, fragmenté, déchiqueté, rongé, dissous* », que nous avons mis en relation avec le mécanisme essentiel de la schizophrénie, la Spaltung.

Le manque de place nous empêche de procéder par étapes et de montrer, tests à l'appui, que chez tous les épileptiques cette tendance à *établir un lien* entre les parties qui, tout en se *touchant* d'elles-mêmes, se présentent isolément, se retrouve au moins à l'état d'ébauche, et cela même dans les conditions défavorables, c'est-à-dire chez les malades chroniques, *diminués* par la maladie, engourdis par le gardénal.

Je passe maintenant à un autre test plus riche encore sur le plan structural que le précédent.

Il appartient à une étudiante en droit, âgée de 26 ans, présentant des crises convulsives, mais surtout des troubles du caractère, des actes impulsifs, des colères violentes. Elle s'en rend compte du reste, se fait des reproches, souffre moralement, ce qui vient ajouter à ces troubles un élément dépressif.

Test de Rorschach, fait le 28 mai 1942, en présence de M. Maillard (fils).

Mlle C., étudiante en droit, 26 ans :

I. — 1) Une chauve-souris.

2) Un gigantesque papillon dont les proportions sont énormes, et il est difforme.

3) On ne peut pas donner de nom à ces animaux. Le corps est énorme, et la tête est petite, il regarde de profil (mime) ; les pattes minuscules, il est *appuyé* sur un socle qui lui *demande de fixer l'équilibre.*

4) Une tête humaine vue de côté (renversée), voilà la chevelure, l'œil, le menton, le nez est mal placé.

5) Voilà l'ours blanc, la tête en l'air (mime) ; le pendant de l'autre côté.

6) Une tête de chat qui est assis (dét. inf.).

7) Un point blanc, un autre animal, la figure est symétrique par rapport au corps de la chauve-souris.

II. — 1) C'est une figure symétrique ; deux bustes, des chiens qui se regardent l'un l'autre pour tenir un biberon par une *attache* quelconque.

2) Un parapluie fermé : il y a *l'attache,* à moins que c'est leur langue qu'ils lèchent.

3) Ces têtes de chiens bien marquées.

4) Voilà deux têtes humaines avec une chevelure énorme, disproportionnée (rouge inf.), un fil qui les *tient* et qui est cassé.

5) Une suspension (détail intermaculaire, pl. renversée) ; voilà le fil, ça ressemble à un ver.

6) (renversée). Une tête de lapin, sans les oreilles, le museau est gros (rouge inf.).

7) Voilà les chiens, ce n'est pas la même race (partie sup., persévération), *entre eux* la tache rose qui fait penser à une tête de Sphinx; quelque chose d'étrange et d'extravagant.

III. — 1) On est transporté dans le domaine des polichinelles pour les enfants, les plus fantaisistes et burlesques ; voici la tête, la barbiche, le corps et la jambe qui est *séparée par l'articulation.* Une partie du corps *rattachée* par un fil, ce qui correspond à la coupure, les jambes et les pieds, une espèce de force, de tenue, voilà les bras, la main qui est fourrée dans un manchon.

2) Une partie qui *attache* les lunettes (rouge milieu).

3) Une espèce d'hippocampe (rouge sup.) avec la tête, le corps et deux pattes, le cordon qui *suspend* l'animal.

4) Espèce de poisson avec la queue.

5) Le chat est *assis,* assis sur une chaufferettte.

6) (renversée). Se rapproche d'un papillon avec un corps raccourci, il n'y a pas d'antennes.

7) Il y a un profil, sa bouche est ouverte.

8) Les ronds que dessine le vent sur l'eau *immobile* (mime), l'eau *frissonne* (part. sup. milieu, pl. renversée).

9) Une souris aplatie, l'œil à peine visible.

10) Voilà la bobine, voilà le fil.

IV. — 1) Une tête humaine avec une casquette, la ligne centrale, la barbe de chaque côté, la tête d'un homme qui est *accroupi* à cheval sur quelque chose, les pieds et les jambes, c'est difforme, ça fait penser à Barbe-Bleue.

2) L'insecte bien large est en train de marcher ; qu'on préfère ne pas rencontrer.

3) Un renard ou un loup *accroupi,* voilà les oreilles.

4) Un profil de femme, coiffure ancien temps.

5) Voilà un pigeon, tête petite par rapport au corps, il est *accroupi* sur lui-même.

6) La tête d'un animal avec les cornes, avec les piques, voilà le museau, il semble dire : « *A nous deux maintenant.* »

V. — 1) C'est une chauve-souris par les grandes ailes, avec un corps fantaisiste qui se termine par les pattes, les oreilles *dressées* très longues, la forme des ailes de la chauve-souris.

2) (renversée). Davantage un papillon qui se termine par les pattes, il n'y a que les ailes.

VI. — 1) Il ressemble à un hanneton *suspendu,* voilà le fil, le fil est bien gros pour le suspendre.

2) derrière le fil une feuille d'arbre.

3) Le profil d'une personne en colère noire, bouche ouverte, *rage folle* qui semble crier de toutes ses forces.

4) Deux animaux qui se regardent, les moineaux.

5) C'est un papillon, ce corps qui est gris, les ailes sont déchiquetées, il a ses antennes.

VII. — 1) On est dans le domaine de la fantaisie, la figure plus fantaisiste ; la figure plus fantaisiste me rappelle comme des polichinelles, des chiens barbus avec leurs oreilles, avec buste, ils sont *fixés* sur un bloc de pierre, ils sont en équilibre, cette partie qui *relie,* ils ont l'air de s'amuser.

2) (renversée). On retrouve les chiens, c'est la même race (persévération), ils n'ont qu'une oreille, ça ne fait pas partie du chien ; ils *soutiennent* par leurs museaux le bloc de pierre, il leur faut une force colossale.

3) Ça ressemble à un abat-jour (détail intermaculaire).

VIII. — 1) La carcasse des écrevisses, forme dentelée d'un anneau (gris-bleu).

2) Des animaux avec des fourrures très épaisses, il leur faut faire l'équilibre sur le terrain.

3) Une tête de cerf, très jolies cornes (renversée gris).

4) deux pierrots *agenouillés* (blanc inf.), ils se disent bonjour.

IX. — 1) Un paon de chaque côté.

2) Têtes de mort.

3) Crapauds.

4) C'est un *Père Noël,* il *est assis sur les roches vertes.*

5) Un profil humain.

X. — 1) Un rat (marron).

2) Souris (jaune).

3) Araignée (bleue).

4) Limace (vert).

5) Une espèce de serpent vert, la queue *recroquevillée,* l'œil du serpent.

6) Une tête de lapin formée par la tache grise.

7) Un tronc d'arbre avec des racines *souterraines,* près du sol, le tronc est important, la tige devient droite, il est *difficile d'avoir une vue d'ensemble.*

L'interprétation du test

I. *Comportement :* La malade saisit le test tout de suite (on apprend qu'elle était déjà testée à Henri-Rousselle), donne un nombre très élevé de réponses pour chaque planche (10-17) ; elle aurait continué plus longtemps si on ne lui avait pas enlevé les planches, ce qui prouve la richesse du « voir », mais aussi *l'impossibilité de se détacher* de chaque planche (persévération).

II. *Triage des réponses :* Les réponses sont adéquates et concrètes. Les réponses globales sont très nombreuses, elles sont suivies d'énumérations de grands détails et quelquefois de petits détails. La malade réagit au rouge de la IIe pl. et de la IIIe pl., et aux couleurs des trois dernières planches, et donne des réponses de couleur-forme et de forme-couleur. Les kinesthésies sont particulièrement nombreuses (près de 25), ce sont elles qui dominent tout le test, comme nous le verrons encore. Contenu : formes humaines, formes animales, objets.

III. *Expression de base, langage :* c'est le *langage,* ce sont les expressions qui nous permettront de nous orienter dans ce test. Les matériaux fournis par cette malade sont particulièrement intéressants : le nombre de réponses est très grand, les réponses sont différenciées, mais elles sont subordonnées, dirait-on, à une loi. De là une *richesse du point de vue structural,* mais un appauvrissement malgré tout du point de vue personnel. Pour illustrer cette thèse on devrait confronter les réponses avec les planches et les citer en entier. Quelques citations sont insuffisantes pour donner un tableau exact. Essayons de souligner les traits essentiels :

Tandis que la Ire planche donne généralement lieu à des réponses de forme, elle est caractérisée ici par des kinesthésies ; ce sont elles qui dominent la forme, qui, elle, est souvent par là mal précisée (« on ne peut donner le nom de ces animaux »), mais où la disproportion entre les parties est soulignée (« le corps est énorme, la tête est petite ») ; cette constatation se répète souvent. Les kinesthésies deviennent encore plus nombreuses dans la IIe et dans la IIIe pl. et nous les sérierons en trois catégories : la 1re catégorie, ayant trait à l'image qui est suggérée par la planche (« il regarde, ils lèchent de leur langue ; en train de marcher, etc. »). — La 2e catégorie nous montre une forme humaine ou animale dans une position spéciale — « il est *appuyé* sur un socle, le chat qui est *assis,* la biche est *accroupie,* un pigeon est *accroupi* sur lui-même, etc... ». — La 3e catégorie a trait à l'élément *d'attache.* Cet élément n'est pas à imputer à la planche, il n'en ressort nullement. C'est la malade qui l'introduit et qui nous l'impose. Voilà des exemples : IIe pl. « deux bustes de chiens qui se regardent l'un l'autre pour tenir un biberon par une *attache* quelconque » ; « un parapluie fermé, il y a l'*attache,* une partie qui *attache* les lunettes ». Ce besoin « d'attache » est si ancré dans la malade que dans la 3e pl. en énumérant les parties de la silhouette qu'elle interprète comme « polichinelle », elle

constate la séparation entre le buste et la jambe, mais elle compense cette lacune en voyant dans cet espace blanc une « articulation » et répète qu'une partie du corps est *rattachée* à l'autre par un fil. Dans d'autres réponses, « *rattaché* » est remplacé par « *tenu* » ou par « *suspendu* » : « un cordon qui *suspend* l'animal, un hanneton *suspendu* ». Dans la VII[e] pl. la malade voit « des chiens barbus, avec oreilles, buste, etc... ils sont *fixés* sur un bloc de pierre, ils sont en équilibre, cette partie qui *relie* », et une fois la planche renversée, la malade ne pouvant pas se détacher de l'interprétation précédente, retrouve de nouveau « les chiens qui *soutiennent* par leurs museaux le bloc de pierre », etc... Cette accentuation « d'*attaché,* de *relié,* de *tenu,* de *suspendu,* etc. », cette persévération, une fois débarrassée de détails pittoresques, exprimée par *le langage* de la malade d'une façon si nette, nous montre, avec un relief rare, l'élément structural de l'épilepsie essentielle, cette nécessité d'établir une *attache,* un *lien.* Le *rattachement, l'adhésivité,* le *lien* en s'accentuant de plus en plus, peuvent nous expliquer les caractères des visions dans les états crépusculaires.

C'est pourquoi aussi les réponses ne sont pas seulement globales, mais elles concernent l'ensemble de la planche, et les kinesthésies, surtout dans les états de calme relatif, ne ressemblent pas aux kinesthésies d'autres malades ou des normaux. Elles montrent une nécessité d'adhérer, d'appuyer, de tenir, ou de « *relier,* d'*attacher,* de *sceller* », etc. Elles donnent un caractère vivant, mobile et concret aux réponses en opposition à l'abstraction immobile et incolore des schizophrènes, mais la forme reste *confuse,* mal précisée, l'affectivité est violente, souvent peu harmonieuse et ce besoin d'*attache superflue,* allant en profondeur, nuit à la mobilité, à la différenciation, à la richesse de la surface. Peu d'épileptiques échappent à la persévération, la richesse alterne avec l'appauvrissement.

Après ce test particulièrement riche en kinesthésies à caractère *adhésif,* nous devons mentionner chez d'autres épileptiques des kinesthésies différentes des précédentes, ressortissant nettement à l'*impulsivité* ou plutôt à l'*explosivité,* qui du reste ne manquent pas dans le test précédent non plus. Ces kinesthésies, le langage les traduit par les expressions telles que : « ils font la lutte », le « sang qui éclate », « ils sont en train de s'arracher », « des bêtes étant en état d'agression », ou « les canons qui tireraient », etc... Ainsi dans les tests des épileptiques, et dans les kinesthésies

plus particulièrement, se reflète tantôt le pôle d'*explosivité,* tantôt le pôle de *viscocité,* confirmation de la bi-polarité qui préside aux diverses manifestations de cette affection.

Nous passons maintenant à un test qui, contrairement aux précédents, est pauvre et monotone quant au côté imaginatif, mais qui reste riche en ce sens qu'à travers cette pauvreté, il met à nu, pour ainsi dire, les éléments structuraux du tableau clinique.

Il s'agit d'une malade âgée de 28 ans qui en 1940, pendant l'exode, a fait une fugue, accompagnée d'onirisme. La mère de cette malade était atteinte d'épilepsie, le père psychopathe, et la malade elle-même a présenté, dans l'enfance, des accidents convulsifs. L'observation clinique met en évidence des symptômes relevant de deux séries différentes : d'une part l'amnésie lacunaire, semi-confusion, lenteur de l'idéation, assez bon contact affectif ; d'autre part, idées d'influence, d'emprise, sentiment d'étrangeté.

Test de Rorschach, 20 avril 1941.

Mme L. M., 28 ans, sans profession :

I.— 1) Le bas du corps d'une personne (mime).

2) Ça pourrait être une bête, il me semble (mimique animée).

3) (renversée). Une bête de mer, une araignée de mer.

II. — 1) Ça pourrait être un papillon (rouge inf.).

2) (réfléchit). On dirait que c'était *détaché et rattaché ;* une bête qui serait coupée par le milieu (montre) et qu'on aurait *recollée* (mime le mouvement) ; un chien, un loup ; des oreilles.

3) Ça serait du sang alors (renversée, rouge inf.).

4) Ça serait l'araignée de mer (persévération).

III. — 1) Comme une patte d'araignée (persévération, partie inf.), ou une main qui ferait des signes.

2) Ça serait un corps d'une personne qui serait transformé.

3) Ça serait une radio.

4) Des poussins (rouge inf.).

5) On dirait des diables (sourit, heureuse de cette trouvaille), ce n'est pas une chose nette, tout est ajouté, c'est drôle, ces choses de côté et au milieu.

6) Ces choses étaient *soudées* (rouge milieu).

IV. — 1) On croirait un monstre, c'est effrayant de voir cette chose là-bas sur le papier, s'il était devant, j'aurais bien peur.

2) Ce serait un corps (milieu, renversée), un corps malade qu'on aurait travaillé, je ne comprends pas, ce sont des choses de médecine.

V. — 1) Cela pourrait être ce que les personnes voient, que ça soit, ça peut être une chauve-souris ou une partie d'un corps.

VI. — Je ne sais pas.

VII. — Ce sont des radios.

VIII. — 1) On dirait derrière d'un os (milieu inf.).

2) Ce sont des ours.

3) Un papillon, la patte de l'ours serait *scellée* au papillon, il y aurait trois pattes qui seraient *rattachées, mais je ne sais pas à quoi.*

IX. — Les éléphants déformés (vert).

X. — Le rouge, le jaune, le bleu, le vert, bleu comme le ciel, le bleu comme le drapeau, on pourrait penser aux os qui seraient *soudés* (bleu milieu).

Interprétation du test

I. Comportement : la malade a un très bon contact affectif. Elle est assez lente, paraît très appliquée, voudrait remplir consciencieusement la tâche qui lui est confiée, découragée de temps en temps, car elle envisage le test comme une « chose médicale ». Vers la fin du test, fatiguée, remercie.

II. Triage des réponses : le test est bien pauvre, monotone, avec une tendance aux persévérations. Très souvent c'est le détail, le grand détail qui l'attire, parfois ce sont des réponses globales. Les réponses ne sont pas toujours adéquates, elles sont à la limite du *concret* et de l'*abstrait.* Mais le manque de concret est compensé chez la malade par le fait de *mimer.* Les réponses kinesthésiques manquent, mais le mouvement est introduit là encore par le fait de mimer au cours des réponses suivantes (par exemple, Ire planche « le bas du corps d'une personne » ; IIe planche, « une bête qui serait *coupée* par le milieu et qu'on aurait *recollée* » ; il y a peu de vraies réponses de forme, par contre la malade réagit aux couleurs, et ce sont des réponses de couleur et de couleur-forme.

III. Le langagé, les expressions : ce qui est tout à fait particulier pour ce test, malgré sa pauvreté, c'est la tendance à *rattacher* les éléments que la malade voit comme *détaché et rattaché* : « une bête qui serait *coupée* par le milieu et qu'on aurait *recollée* (IIIe planche), « ces choses étaient *soudées* », et enfin à la VIIIe planche « ce sont des ours, un papillon, la patte de l'ours serait *scellée* au papillon, il y aurait trois pattes qui seraient *rattachées, mais je ne sais pas à quoi* ».

En conclusion nous pouvons constater deux séries :

1° les réponses concernant le détail détaché, les réponses abstraites, en partie inadéquates, le manque de kinesthésies ;

2° des éléments opposés aux premiers et représentés par des

réponses globales, par le fait de mimer, par l'emploi de verbes ayant trait à la fonction de *rattacher,* éléments qui transforment, si on peut s'exprimer ainsi, l'abstrait en concret, le détail en global, l'immobilité en mouvement et qui mettent en relief l'emprise exercée par la nécessité de *rattacher,* de *souder,* de *sceller* en introduisant des facteurs d'origine épileptique dans le test qui n'est pas exclusivement celui d'un épileptique. Ce test, d'une manière vraiment saisissante, se superpose à l'observation clinique, avec un élément comitial d'une part et le trouble à base d'automatisme mental, d'autre part.

Nous reproduisons encore un test concernant des facteurs associés : comitial d'une part et schizoïde de l'autre. Ce malade a été l'objet d'une présentation à la Société médico-psychologique par MM. Laignel-Lavastine, Jean Delay, Durand et Fouquet (1).

Pierre H., 17 ans ; jusqu'à l'âge de 8 ans, bien portant ; à partir de cet âge, troubles caractérisés par des petits mouvements de révulsion des globes oculaires de une à deux secondes, accompagnés d'un léger et bref fléchissement de l'activité psychique, une à deux fois tous les trois à quatre jours. L'enfant, qui vient de perdre sa mère, est placé en pension dans des conditions défavorables. A ce moment, comme relate le père, manifestation initiale : un matin, on constate qu'il a uriné au lit et qu'il présente un état confusionnel qui dure plusieurs heures. Depuis, des crises semblables à celles qu'il présente encore aujourd'hui : 15 à 20 fois par jour, crise oculogyre de 10 à 20 secondes avec psycholepsie. Continue scolarité normale, fréquente lycée. Les thérapeutiques anti-épileptiques ont eu un effet nul, ou tout au plus une sédation passagère. En dehors des crises, examen somatique négatif. Exploration psychologique par tests donne résultats très satisfaisants. Développement affectif normal.

Commentaires. — C'est à Friedmann qu'on doit, en 1906, la description d'une maladie survenant chez les enfants et caractérisée par des absences fréquentes, courtes et mnésiques, de pronostic bénin, maladie considérée par Friedmann comme non-épileptique et rattaché par lui à la narcolepsie, individualisée en entité morbide sous divers noms dont le plus connu est *pycnolepsie* (M. Sauer, 1917).

En France, le plus récent et le plus complet article est de MM. Marchand et Ajuriaguerra (*Gazette des hôpitaux,* avril 1940).

(1) Epilepsie et pycnolepsie. *Ann. méd.-psych.,* déc. 1941.

Ils considèrent le syndrome pycnoleptique comme une forme de comitialité infantile.

L'analyse clinique du cas de Pierre H. plaide également en faveur de cette thèse. De plus, un cachet de scopochloralose à 0 gr. 50 déclenche un véritable état de mal pycnoleptique qui dure 12 heures et au cours duquel on constate des manifestations signant la nature comitiale du syndrome, telles un Babinski positif, manifestations convulsives nettes aux extrémités des membres supérieurs, enfin une crise épileptique typique. De plus, tracé typique à l'électroencéphalogramme.

Test de Rorschach, le 12 novembre 1941, en présence de M. Fouquet.

Pierre H., 17 ans, contrôleur-laitier ; pycnolepsie.

I. — 1) Une chauve-souris.

2) Des mandibules à la partie supérieure, semblables à celles d'un hanneton.

3) Des taches *symétriques* (détail intermaculaire).

4) Deux points blancs disposés *symétriquement* au tiers de la hauteur.

5) A la partie supérieure deux ballons comme le Ballon d'Alsace (part. inf.).

6) *Minuscule* point blanc situé sur l'axe de la figure à la partie supérieure.

7) Plusieurs petites taches disposées *symétriquement*.

8) L'avion d'Ader qui aurait capoté à l'atterrissage.

9) Le bas de la figure simulerait pour moi les quelques appareils qui pouvaient s'y trouver (part. inf.).

II. — 1) Le papillon, c'est le bas qui me rappelle un papillon.

2) Les parties isolées sont *symétriques* par rapport à l'axe vertical.

3) Les deux taches rouges sont *symétriques* face-à-face.

4) Il y a un pays, Islande.

5) Les parties rouges ressemblent aux chaussettes (renversée inf.).

6) Je considère cette partie pointillée (renv. inf.) comme une torpille.

III. — 1) Deux pantins qui sont en train... (absence), fixés sur un socle sur lequel ils peuvent *tourner*, ce socle serait traversé par un axe.

2) Partie rouge au milieu : nœud de cravate, papillon.

3) La tache noire qui représente la tête du pantin me fait penser au casque d'une armure du Moyen-Age par sa forme pointue.

4) Les reflets de l'armure, petites taches blanches.

5) Petites taches blanches qui sont *symétriques* et sont situées au bas de la veste du pantin.

6) (la tache rouge). A un œsophage et l'estomac.

7) (partie sup.). A la radio de la poitrine, le sternum et les côtes.

8) Les souliers me font penser aux pantoufles du soir de Cendrillon par leur forme effilée, et leurs hauts talons.

9) Les points qui se trouvent sur la poitrine des pantins sont symétriques.

10) La tête d'un nègre qui serait barbu, les cheveux crépus distincts de la barbe (renversée).

11) Deux museaux de souris dont l'œil serait représenté par la tache blanche (renversée).

12) Un schéma de l'appareil dentaire d'un hanneton (renversée sup.).

IV. — 1) Une souris qu'on aurait coupée longitudinalement et qu'on aurait ouverte pour la dissection, c'est surtout la couleur grisâtre qui m'y fait penser.

2) Le rable de lapin,, les taches inférieures sont symétriques.

3) A un fantôme (renversée détail inf. intermaculaire).

V. — 1) Un papillon.

2) Les découpures sont symétriques.

3) Cette partie bombée, la jambe dont on a coupé le pied.

4) Les taches symétriques à la moitié de la figure.

VI. — 1) Le haut de la figure représente une tête *d'idôle polynésienne* par trois points : bouche, nez, il y a une des moustaches.

3) Symétriques, les ailes de la cigogne qui est en train de voler.

3) Partie *massive* du dessin, un éléphant qu'on aurait renversé sur le dos, ce n'est pas harmonieux.

4) Les ongles du chat.

5) Le schéma du poumon.

6) Une peau de bête, descente de lit (renversée).

7) Un ornement, un vase, un bibelot, cette partie traversée par l'axe, on distingue le noir du blanc.

8) Les gorges du Tarn (partie sup.).

VII. — 1) Deux lapins qui *gigotent.*

2) Les masques de mi-carême.

3) L'aigle allemand.

4) Numéro de danses acrobatiques (renversée).

5) Un chapeau d'homme de la cour de Louis XIV (renversée).

VIII. — 1) Deux souris.

2) La forme d'une souris (rose, jaune).

3) Deux chenilles qui grimpent après le rameau (gris).

4) Deux drapeaux.

5) A l'enveloppe du fil de fer d'une lampe (gris).

6) A une matraque (gris ax.).

7) Une ficelle *rattachée* à la tige pour suspendre le bas de l'image (renversée, centre).

8) Un chien qui traîne un traîneau, chien-loup du Nord qui est en train de monter, les pattes arrière tendues.

IX. — 1) Côte de la Finlande.
2) Deux pétales de rose côte-à-côte.
3) La tête de Père Noël, il est bossu.
4) Des taches symétriques comme des petits croissants.
5) Un jet d'eau.
6) Tête humaine (partie verte).

X. — 1) La tête d'une sauterelle.
2) Deux crabes qui brandissent leurs mandibules prêts à frapper.
3) Ces deux têtes face à face d'oiseaux nocturnes.
4) Une branche de cerisier sur laquelle on aurait fait une greffe.
5) Deux lions face à face (jaune).
6) Un insecte.
7) Un pont jeté sur une falaise par deux esquimaux un peu loufoques.
8) Taches de sang.

Interprétation du test

I. Comportement. Le malade ne présente aucune résistance affective. Il saisit très vite le sens du test. Ses réponses sont *immédiates* et c'est grâce à cela que, malgré le très grand nombre de réponses (7 et jusqu'à 12 par planche), le rythme du test est très rapide, ce qui n'exclut pas une forte tendance à la précision. Au fur et à mesure que le test se déroule, le malade devient de plus en plus appliqué et concentré en même temps. Le test est entrecoupé de nombreuses absences qui, malgré leur aspect discret et leur courte durée, manifestent d'une certaine intensité (le sentiment que la perte de connaissance est totale et profonde ; signes extérieurs, en dehors de la crise oculogyre, le *tassement* du malade, respiration accentuée se rapprochant du stertor). Malgré leur courte durée, le test était influencé quelquefois par les absences, par exemple dans la planche III. Nous y reviendrons plus tard.

II. Triage des réponses. Les réponses sont toujours adéquates, adaptées, même quand elles ont un caractère abstrait. En ce qui concerne le mode de perception, les réponses sont souvent globales, mais elles concernent aussi les grands détails, les petits détails, et surtout les détails intermaculaires. Avec leur grand nombre, les réponses correspondent à trois catégories : ce sont des réponses de *forme*, des réponses *kinesthésiques* (très nombreuses, 11), des réponses de *couleur*, de couleur-forme. Le

contenu correspond aux formes humaines animales, objets, peu d'anatomie.

III. *Expressions, langage.* Si on élimine les connaissances scolaires qui à l'âge du malade déteignent sur le test (par exemple les réponses géographiques), les réponses données à toutes les planches sans exception révèlent d'une façon très saillante deux tendances opposées. L'une de ces tendances est caractérisée par les réponses globales et de grands détails donnant très souvent l'impression d'ensemble ; d'autre part, nous constatons la profusion de petits détails ayant de prime abord un caractère abstrait et isolé, avec une fréquence frappante de la symétrie, de la division de la planche en tranches mesurables (p. ex. planche I, « minuscule point blanc situé sur l'axe de la figure à la partie supérieure, plusieurs petites taches disposées *symétriquement* », etc...).

A la suite de la coexistence de ces deux tendances les réponses de forme ont un caractère concret, même plus que concret : saillant, en relief, plastique, mais côte à côte se trouvent des petites abstractions. Les kinesthésies sont très nombreuses, le monde aperçu par le malade est un monde en mouvement, mais d'autre part intervient une petite note rigide, précise et stable, qui empêche le mouvement de prendre une forme débordante et déchaînée (p. ex. planche III : les souliers me font penser aux pantoufles de Cendrillon par leur forme effilée et leurs hauts talons, ou encore : deux pantins qui sont en train... (absence), fixés sur un socle, sur lequel ils peuvent tourner, ce socle serait traversé par un axe, etc.). En ce qui concerne les couleurs, il s'attache au rouge de la IIe et de la IIIe planche, mais il le subordonne à la symétrie (planche II : les deux taches rouges sont symétriques face à face). Le malade donne souvent des images *d'ensemble* à côté de petits détails isolés, pour aborder de nouveau des détails concrets et établir le *lien* étroit entre eux (p. ex. planche VIII : deux chenilles qui grimpent *après* le rameau (gris) ; « une ficelle rattachée à la tige pour suspendre le bas de l'image »).

Il y a toujours *opposition* entre l'ensemble et le petit détail isolé, entre concret et abstrait, entre mouvement et immobile, entre coloré et terne, entre l'image artistique, l'expression sensorielle d'un côté et ce géométrisme précis et rigide, de l'autre, en un mot l'élément structural épileptique et l'élément structural opposé, venant probablement du terrain schizoïde ; l'épilepsie franche colore et interpénètre l'autre élément.

La richesse des matériaux fournis par ce test exceptionnel, la

comparaison habituelle des tests des épileptiques francs avec ceux du groupe du rationalisme morbide nous font conclure de la façon suivante : c'est un cas d'épilepsie psychique, caractérisé par les absences, où à cause d'un élément opposé qui *freine,* il n'y aura peut-être jamais de place pour une *décharge motrice* sans forme de crise épileptique.

Cette idée de *freiner* les décharges motrices de nature épileptique par le facteur schizoïde a été exprimé à deux reprises par le professeur Minkowski de Zurich à la suite de mes conférences sur Van Gogh suivies des projections, faites devant les Sociétés de Psychiatrie de Zurich (en 1938) et de Varsovie (en 1939). Frappé par le dernier tableau de Van Gogh « les corbeaux volant au-dessus du champ de blé » où au milieu des éléments *déchaînés* on découvre le visage *immobile* et *figé* du peintre, et rappelant que Van Gogh n'a jamais présenté d'accidents convulsifs, le professeur Minkowski a été amené à formuler cette hypothèse, hypothèse qui permet de concilier le diagnostic de Jaspers avec le nôtre, le facteur épileptique restant toutefois le facteur dominant (voir l'article cité plus haut et aussi la correspondance de Van Gogh).

Les quatre tests reproduits plus haut dans leur totalité mettent en relief sur le *plan psychopathologique le mécanisme fondamental de l'épilepsie essentielle.* Il va de soi que nos conclusions reposent sur quantité d'autres malades testés (100-150). Le manque de place ne nous permet pas de reproduire d'autres tests en entier. Nous voudrions pourtant citer quelques réponses caractéristiques prises dans ces tests et qui ont permis de préciser le diagnostic différentiel. Ainsi j'ai été chargée de tester une malade âgée de 18 ans qui fut l'objet d'une communication présentée en 1943 à la Société Médico-psychologique par MM. Delay, Maillard et Binois, sous le titre : « Automatisme comitial ou pithiatique » (1). J'appréhendais qu'une certaine débilité soit défavorable à la bonne marche du test, mais en réalité le résultat s'est montré très satisfaisant. Les réponses de forme étaient très concrètes et adéquates, sans nulle trace de mythomanie ; la malade a réagi au rouge des II[e] et III[e] planches sous forme de réponses couleur-forme ; les kinesthésies étaient nombreuses, d'un caractère explosif : « des canons qui tireraient (planche II), des canons qui sont en train de se battre, ils tirent du feu (planche IX), un monsieur qui se sauve (planche X), le feu qui brûle (planche IX). C'est

(1) *Ann. méd.-psych.,* mai 1943.

dans cette même planche IX que la malade, dans une partie de la tache verte mise en biais, voit « la tête d'un mouton » (on la trouve effectivement assez facilement), puis passant à la tâche orange, *voisine de l'autre*, elle dit : « le feu qui brûle *sur* la tête du mouton ». Cette réponse à elle seule m'a permis de soutenir avec insistance le diagnostic d'épilepsie. Surprenante et inadéquate à première vue, elle reflète, on ne peut mieux, d'une part le facteur d'explosivité (le feu qui brûle) et d'autre part celui d'adhésivité (*sur* la tête du mouton), établissant le lien entre deux taches de couleur différente, mais qui se *touchent*. Ces deux facteurs sont identiques à ceux que j'ai réunis dans la bipolarité de la constitution épileptoïde (1923) et qui à l'occasion de l'étude de la structure de l'épilepsie essentielle m'a fait dire : « Tandis que chez les schizophrènes tout *se désagrège*, tout *se dissocie, se disperse*, chez les épileptiques tout se *condense*, se *concentre, s'agglutine*. » (1).

Que le niveau mental ne soit pour rien dans les réponses caractéristiques de cette maladie, cela est prouvé par les réponses tout à fait semblables relevées chez des sujets d'un niveau normal et même supérieur. Une épileptique, intelligente et instruite, dit à la III[e] planche en position renversée : « une caricature représentant la tête d'un homme qui a la bouche ouverte et qui jongle avec un objet posé sur le bout du nez », réponse qui nous rappelle celle de Mme E. : « Les têtes de chiens ouvrant leurs gueules et portant sur leurs museaux un récipient. » Dans ces deux cas le degré différent de bagage intellectuel nuance la forme, mais *sur le plan structural il y a une analogie frappante*.

Rorschach dans son livre, à une époque (1921) où la notion de constitution schizoïde n'était pas encore répandue (le livre de Kretschmer a paru également en 1921), a relevé l'analogie du test dans les cas de démence précoce et de démence précoce *latente*. Notre expérience le confirme, la schizoïdie prenant la place de la démence précoce latente. La même analogie existe dans les tests des épileptiques et des épileptoïdes ; par exemple : « le papillon *sort* des pattes de l'ours » (le *lien* entre les deux parties de la planche II qui se touchent), etc...

Enfin les mêmes traits caractéristiques se retrouvent dans les tests des enfants caractériels du type épileptoïde (glischroïde) ; p. ex. planche II : « une lampe à pétrole (blanc) *avec* la mèche en rouge » ; ou planche II, « une petite pompe, on *appuie dessus*,

(1) F. Minkowska. — La constitution épileptoïde et le trouble générateur de l'épilepsie essentielle. *Evol. psych.*, 1932, IV.

l'eau *s'échappe* » (adhésivité et explosivité). Le manque de place m'oblige de me borner à ces exemples, tout en espérant revenir à ce sujet à une autre occasion.

Pour résumer maintenant et faire ressortir l'essentiel, confrontons, d'après le test de Rorschach, la façon de *voir* des épileptiques avec celle des schizophrènes :

L'épileptique *voit,* l'épileptique *sent,* les réponses sont concrètes, adéquates, en relief. Les grands détails priment, avec eux ils construisent l'ensemble. Les réponses de forme sont précises, peu différenciées, parfois confuses, mais en raison de l'élément *sensoriel* gardent un caractère vivant. Pour ce qui est des couleurs dans la IIe et IIIe planche, l'épileptique est immédiatement attiré par le rouge, il donne des réponses surtout de couleur-forme, moins de forme-couleur ; il est moins attiré par les couleurs moins vives des trois dernières planches. L'épileptique voit les formes en mouvement, les kinesthésies, nombreuses, ont dans la plupart des cas un caractère tantôt *adhésif* tantôt *explosif*. Il se confond avec les kinesthésies, il les mime, n'arrive pas à se détacher et persévère. Il admet difficilement les formes isolées. Il relie les détails séparés ; il procède de même là où la séparation est faite d'une manière très nette, pour les autres individus, par la couleur. Il ne le fait pas par besoin de *synthèse intellectuelle,* mais par *emprise du contact sensoriel* et aboutit ainsi souvent à des tableaux d'ensemble. Sur le plan typologique on peut l'appeler le type sensitivo-moteur, notion introduite par M. Dublineau (1), notion très intéressante mise en valeur par l'auteur en dehors du test de Rorschach, mais sur laquelle nous ne pouvons pas insister davantage.

Le schizophrène *voit,* mais *il constate et définit*. L'opposition se crée chez lui entre la réponse globale et le petit détail isolé. Les réponses de forme n'ont rien de confus ; bien qu'inadéquates parfois, elles sont précises, riches parfois en nuances, avec tendance à l'achevé et au fini. Mais la teinte affective manque, et l'absence de kinesthésie donne au tout un caractère abstrait, incolore, rigide et immobile. Le contenu est représenté souvent par des formes géométriques et anatomiques, surtout ostéologiques, qui sont absentes chez les épileptiques. A tout cela vient s'ajouter le mécanisme de la Spaltung qui se traduit par la prédominance d'expressions telles que : « coupé en deux, séparé, divisé,

(1) Dublineau. — La notion des structures dans les troubles du caractère de l'enfant. *Evol. psych.*, 1938, III.

partagé, déchiqueté, rongé, etc... », qui s'opposent à la construction d'un ensemble ; au lieu d'un *tout* il y a des *fragments*.

Les facteurs positifs mis en évidence chez les épileptiques par le test de Rorschach : le *concret*, le *sensoriel*, le *mobile*, le *lien*, se dégradent en fait à cause de l'exagération et du déséquilibre foncier des épileptiques. Amenés ainsi à fondre les résultats du test avec les données cliniques, nous arrivons à nous faire une image du monde dans lequel vit l'épileptique. A cause de son adhésivité et de sa viscosité primaires, il n'arrive pas à se détacher des conflits, et de plus, à certaines périodes, tout événement de la vie qui touche à son émotivité et à sa sensorialité devient un conflit. Il adhère, il persévère, et, dans l'impossibilité de suivre le mouvement du monde extérieur, il subit la *stase*. La nécessité d'établir le *lien* crée autour de la stase un monde fermé, comprimé, une atmosphère irrespirable. La seule issue, c'est une *décharge* dont les manifestations sont bien connues de la clinique, et qui elle-même est accompagnée de perturbations graves. En face de cette réaction particulièrement dangereuse sur le plan social, la thérapeutique s'efforce d'atténuer les conséquences de ces décharges en appliquant une médication sédative et anticonvulsivante, mais qui à son tour engourdit le malade et n'atteint point le fond de l'affection. La psychiatrie cherche, par l'emploi de nouveaux médicaments à parer à cet inconvénient (solantyl, dihydan), mais en même temps se pose avec toute son acuité le problème de la scolarité et de la récupération des épileptiques dans les formes chroniques et graves par des moyens appropriés à leur état.

Ainsi le test de Rorschach, test de recherche, peut nous aider à établir le diagnostic dans les cas douteux (en analogie avec l'électro-encéphalogramme) et en même temps trouve son prolongement naturel dans d'importantes questions pratiques ayant trait à l'épilepsie essentielle.

Cette place autonome de l'épilepsie ressort encore plus nettement, comme nous l'avons déjà vu du reste, par l'opposition, sur le plan psychopathologique, de l'épilepsie et de la schizophrénie, telle d'ailleurs qu'elle s'est dégagée de mes recherches généalogiques (1).

L'idée d'une telle opposition est d'une grande actualité de nos jours. Ainsi, en partant d'un antagonisme biologique à la suite de ses travaux anatomo-pathologiques, Meduna (2) aboutit à sa

(1) F. Minkowska. — L'hérédité dans l'épilepsie et la schizophrénie. *Evol. psych.*, 1936, III.

(2) Meduna. — Genèse du traitement de la schizophrénie par le cardiazol. *Ann. méd.-psych.*, 1939, t. I.

thérapeutique de la schizophrénie par le cardiazol, qui trouve son prolongement dans la thérapie par l'électro-choc.

M. Follin (1), dans sa thèse : « Epilepsies et psychoses discordantes », très riche en observations et en considérations cliniques, contenant une bibliographie très détaillée avec l'examen critique des diverses positions dans ce domaine, arrive *à nier* cette opposition. Il est vrai que d'emblée il limite l'épilepsie dans ses combinaisons avec la schizophrénie à son aspect convulsif et exclut ainsi volontairement du champ de ses recherches les autres aspects de l'épilepsie, tout aussi importants, sinon plus importants que l'aspect convulsif. D'autre part, fidèle à la théorie jacksonienne, il ne trouve pas de place dans cette théorie qui n'admet que diverses formes de dissolution, pour l'opposition des mécanismes psychopathologiques, ou encore des processus morbides. Tandis que chez nous le mécanisme *du lien* et de *la Spaltung* viennent s'opposer tout naturellement, M. Follin, à la suite de M. Ey (2), dans le souci d'éviter des oppositions de cet ordre et partant d'une « dissolution dans le champ de conscience » et d'une « dissolution dans le champ de personnalité », distingue une « psychopathologie *fonctionnelle* dont le mal comitial réalise le type achevé et une psychopathologie *organisée* dont la dissociation schizophrénique classique est l'expression la plus complète. En fait, on ne peut pas plus les opposer qu'on ne peut opposer les attributs qu'ils qualifient : fonctionnel et organisé, pas plus qu'on ne peut opposer leurs deux prédicats : conscience et personnalité qui sont entre elles comme moment et durée (page 193) ». Mais nous ne pouvons pas ne pas nous demander ce qui est réellement gagné de cette manière pour l'analyse et la compréhension des faits cliniques par la position de M. Follin. Sans doute, la conscience et la personnalité ne s'opposent point ; reste à savoir si ces notions s'appliquent réellement aux différences qui séparent l'épilepsie et la schizophrénie. Pour nous, conscience et personnalité peuvent fort bien être étudiées dans chacun de ces deux cas particuliers, l'une et l'autre se situant du point de vue méthodologique sur des plans distincts. Et ainsi se glisse le soupçon que M. Follin s'est laissé trop entraîner par une vue de l'esprit en contradiction un peu avec la finesse de l'analyse de ses observations cliniques.

(1) S. Follin. — *Epilepsies et psychoses discordantes,* chez Louis Arnette, Paris, 1941.
(2) Henri Ey et J. Rouart. — Essai d'application des principes de Jackson à la psychiatrie. Monographies de l'*Encéphale,* Doin, Paris, 1938.

Le test de Rorschach a incontestablement un mot à dire ici. Ce sont des *faits* qui ne nous permettent pas de passer outre. Si, d'une part, ils plaident en faveur de deux processus psychopathologiques *opposés*, contrairement à la thèse de M. Follin, ils mettent en même temps en valeur l'importance de la *psychopathologie* elle-même. Cela met une fois pour toutes fin à des assertions vraiment arbitraires comme celle de M. G. de Morsier qui pousse le point de vue neurologique dans son article (1) jusqu'à prétendre que : « les termes de conscience, inconscience, subconscience, co-conscience (Morton Prince), ainsi que la terminologie freudienne (censure, refoulement) sont donc des concepts philosophiques dénués de toute valeur explicative. Ils doivent être rigoureusement proscrits dans les explications des faits biologiques » (page 26). Et à la fin de son article : « Ainsi le regroupement des faits psychiatriques par *troubles des fonctions cérébrales* d'une part et étiologie de ces troubles de l'autre, montre que les cadres nosologiques classiques ne sont que des approximations trop grossières pour être employées actuellement sans préciser dans chaque cas quels sont les troubles fonctionnels en cause. Comme nous l'avons montré avec F. Morel à propos de la schizophrénie, les termes de manie, hystérie, épilepsie, schizophrénie, etc., n'ont qu'une valeur historique et pittoresque. Il est stérile de s'appliquer à faire entre eux un diagnostic différentiel. Dans chaque cas il convient de préciser les troubles des fonctions cérébrales et d'en rechercher l'étiologie. » (page 41).

***

Il nous reste à parler de la modification que nous avons apportée à la méthode classique du test ainsi que de ses origines.

Je procède de la façon suivante :

1) j'observe très attentivement et je note l'attitude du sujet ;

2) je fais le triage des réponses en suivant ici la méthode de Rorschach. Mais,

3) au lieu d'avoir recours au psychogramme, je m'adresse à ce moment au *langage* et aux *expressions ;* c'est là où je trouve le *leit-motiv* de chaque test, que j'utilise au point de vue caractérologique, et de plus, dans les psychoses (épilepsie et schizophrénie), il me permet de m'orienter dans la voie structurale.

(1) G. de Morsier. — Les amnésies transitoires. L'*Encéphale*, janv. 1931.

Cette modification de la méthode classique n'est pas due à l'esprit d'opposition ni à l'esprit de critique ; elle deviendra compréhensible à la faveur d'un court exposé des origines de l'œuvre de Rorschach.

Rorschach, psychiatre suisse, né en 1884, était élève de Bleuler et il avait adhéré à la doctrine de son maître. Il a subi l'influence de Freud. En créant son test, il s'est proposé trois buts :

1° Bien que psychiatre, son point de départ était un problème plus vaste : il voulait établir des types, mais pas des types psychologiques à l'exemple de Jung (extrovertis et introvertis), mais des « *Erlebnistypen* » (je propose le terme : type *d'expérience vécue,* le terme proposé par Mme Loosli-Usteri : type de réactivité ne traduisant pas fidèlement l'intention de Rorschach.

2° Tout en partageant les conceptions psychanalytiques, il estimait qu'elles s'adressent *au contenu,* tandis que lui, il cherchait à aborder le problème de la *forme* qui, elle, vise la *façon d'être de l'individu* (« Formdeutungsversuch »).

3° En opposition à la psychologie associationiste, il a créé un test *visuel,* en utilisant les taches d'encre ; c'est ainsi qu'il offre à la personne testée l'occasion de donner des réponses *spontanées, immédiates, personnelles,* où le bagage intellectuel acquis, conventionnel, non personnel, ne procure aucun appui efficace.

De ces trois tendances découlent toute l'originalité, la force créatrice du test de Rorschach et toutes les possibilités virtuelles pour l'avenir.

La mort prématurée de Rorschach ne lui a pas permis de développer cet avenir. Et pourtant les vingt années qui se sont écoulées depuis sa mort ont été très fécondes du point de vue psychopathologique et psychiatrique. La typologie de Kretschmer, les tendances bergsoniennes, structurales, phénoménologiques, l'importance du langage comme moyen d'expression, ont pénétré dans la psychiatrie moderne. Il n'y a rien d'étonnant que je fus inspirée, influencée et stimulée par tous ces courants.

La première difficulté à appliquer le psychogramme a apparu quand j'ai commencé à me servir du test pour étudier la psychopathologie des épileptiques. Les types établis par Rorschach s'adaptent mal à ce problème. D'autre part, très rapidement, surtout chez les aliénés, je me suis aperçu qu'en tenant exclusivement compte des signes destinés à traduire les réponses, j'aboutissais à une schématisation de ces réponses ; elles perdaient toute différenciation et apparaissaient comme stéréotypées.

Passons aux exemples destinés à mettre en relief la *modification* de la *méthode classique* que je propose.

Voici trois réponses simples à la planche I : 1) chauve-souris, 2) un oiseau, mais je ne sais pas lequel, 3) volatile.

Dans le triage traditionnel, ces trois réponses tombent indistinctement sous la catégorie F.A. (réponse de forme, forme animale). Elles reflètent pourtant trois tendances différentes : 1) Chauve-souris est une réponse habituelle, normale, adéquate. 2) « Un oiseau, mais je ne sais pas lequel », est une réponse donnée fréquemment par les épileptiqes ; elle traduit un *sentiment obscur* des choses ; c'est une réponse concrète, mais qui manque de précision. 3) « Volatile » est une réponse *abstraite*, témoignant d'une tendance à la généralisation ; elle est exacte, mais privée de vie et d'accent personnel ; réponse frappante chez un marchand forain, elle marque tout de suite le caractère rigide, rationaliste, *schizoïde* du sujet testé.

La transposition en signes est nécessaire pour le triage des réponses, mais ensuite nous revenons au langage, qui imprime aux réponses leur caractère structural.

Comment classer par exemple des réponses telles que : *l'idée* d'un papillon (et pas papillon tout court), les *formes* de singes (et pas singes), *radio* d'un torse (et pas un torse), le *principe* du pelage, les *esprits humains* ou encore *la photo* ajoutée à chaque réponse de forme et menant en fin de compte à la *photo des fonctions psychiques,* ou encore des réponses telles que : *les vertèbres, la symétrie, les squelettes, le rectangle,* toutes ces reponses traduisant d'une façon remarquable l'éloignement du réel (facteur schizoïde). Dans cet ordre d'idées, terminons par la réponse donnée à la III[e] planche par un schizophrène : pour lui, ce ne sont ni des garçons de café, ni des valets, ni des danseurs, ni des caricatures, ni simplement « des bonshommes » (réponse d'une épileptique démente) mais c'est « *l'idée d'un conduit central dans une armature osseuse* plus ou moins complète, prise en coupe ». Cette réponse paraît, à première vue, entièrement dénuée de sens et tellement abracadabrante qu'elle détermine en nous, comme réaction, un haussement d'épaules. Et pourtant l'analyse du test de ce sujet nous montre que rien ici n'est dû au hasard : le *conduit central* revient à travers les planches comme un leitmotiv, et partant de l'idée du conduit central, il souligne encore davantage le système géométrique qui est le sien. Les silhouettes en mouvement sont transformées par lui en principe opposé : de fixité, de rigidité, de choses inanimées (armature osseuse), la *coupe* s'oppose à *l'ensemble.* La simple transposition en signes

(F., contenu, anatomie, géométrie), néglige le caractère rationaliste, impersonnel, réduit le climat du géométrisme morbide à un schéma sans aucune signification.

Examinons à présent quelques réponses ayant trait à la couleur. Evidemment : « papillon » (planche II) correspond à F.C., « les gouttes de sang » (planche II) à C.F. ; « le ciel » (bleu de la X[e] planche) à C. Mais il existe des réponses qu'il est difficile de transformer en signes sans en mutiler le sens profond. 1) « *Il y a du rouge et du noir* (pl. II), mais je ne sais pas ce que ça signifie. » (Une constatation, un essai d'explication sans aucune tonalité affective). 2) « *Les deux taches rouges symétriques face à face* » (pl. III). Ici, à la constatation du rouge s'ajoute la symétrie qui est beaucoup plus accentuée que la couleur. 3) « Je *vois* du rouge, mais *je ne sais pas* distinguer », réponse d'un épileptique qui *voit* au lieu de constater ; de cette manière se trouve souligné le caractère *sensoriel* de la réponse ; mais il se trouve incapable de différencier la forme, trait caractéristique pour un épileptique à forme démentielle. 4) Par contre, la réponse : « *monochrome, polychrome* », transforme le *voir* en une définition, prive la couleur de sa tonalité affective, rationalise le sentiment.

Passons à présent aux kinesthésies. Déjà Rorschach attachait une très grande importance aux kinesthésies d'extension et à celles de flexion, mais si on envisage le langage, on voit surgir des différences très significatives : 1) « deux garçons de café qui se saluent », souligne une relation affective ; 2) « deux valets de chambre *tenant* un récipient » (activité utilitaire) ; 3) « des danseurs, pantins, guignols » (kinesthésie proprement dite) ; 4) « *les caricatures qui sont symétriques par rapport au dessin rouge du centre* », introduit un élément géométrique dans la kinesthésie. Il y a ici deux éléments opposés, la rencontre de deux composantes différentes, de l'épileptoïdie et de la schizoïdie chez le même malade ; 5) des bêtes en état *d'agression* (agressivité, etc...).

Nous rappelons encore un groupe spécial de kinesthésies telles que : 1) il est *appuyé* sur un socle ; 2) il y a une *attache,* un fil qui *tient* ; 3) *accroupi* ; 4) *suspendu* ; 5) une partie du corps *rattachée,* etc... Ce qu'il y a de particulier dans ces kinestésies, c'est l'élément *d'adhésivité,* qui se retrouve d'une façon presque spécifique chez les épileptiques.

Rappelons que les tests des schizophrènes fourmillent d'expressions telles que « *coupé en deux, partagé en deux, divisé, dissous, rongé, déchiqueté,* une tête, un cou *détachés* ». Une schizophrène démente voit partout des « fragments », d'autres malades souli-

gnent des parties qui *manquent*. Une malade constate presque triomphalement, à la vue de la III[e] planche qui est toute désignée pour déterminer une réponse d'ensemble : « tout *est bien séparé* ».

Ces réponses, présentées ici d'une manière condensée, font ressortir encore une fois toute l'importance du mécanisme essentiel de la schizophrénie, découvert par Bleuler, à savoir, la *Spaltung* (fendage).

Chez les épileptiques tout se passe différemment : ici, dominent des expressions telles que « *attaché, rattaché, relié, rapproché, soudé, scellé* ». Par exemple : 1) « une chose qui est *coupée* en deux, voulez-vous que je les assemble ? » (épilepsie) ; 2) « je suis en train de *rapprocher* pour distinguer » (épilepsie) ; 3) la patte de l'*ours* serait scellée au *papillon* (VIII[e] planche) (épilepsie). Rappelons les kinesthésies des épileptiques, citées antérieurement. L'ensemble de ces expériences (environ une centaine d'épileptiques testés) m'ont amenée à mettre en évidence le mécanisme essentiel, la structure de l'épilepsie essentielle qui, en opposition à la *Spaltung*, consiste à établir partout *un lien*.

En dehors des kinesthésies et des verbes qui, dans la majorité des cas, servent à les exprimer, nous devons retenir la fréquence de certaines prépositions qui traduisent le même besoin d'établir un *lien*. C'est ainsi que les épileptiques ont recours, très souvent, aux prépositions « entre » et « sur ». Voici quelques exemples : « le papillon *entre* deux chiens » (pl. III) ; « des chiens *entre* la tache rose » ; « appuyés *sur* un socle ».

La modification que nous avons apportée à la méthode classique et qui nous a permis de mettre en évidence le mécanisme de l'épilepsie essentielle ressort encore plus nettement, si nous la confrontons avec le mode de travail employé par M. Stauder dans son livre (1). C'est du reste, à notre connaissance, la seule étude plus importante sur le Rorschach dans les épilepsies. Tandis que les recherches de cet ordre dans le domaine de la schizophrénie sont relativement nombreuses, l'épilepsie a été peu explorée à ce point de vue. Le travail de M. Stauder étendu, car, portant sur près de 1.000 malades, est pauvre en résultats ; il suffit d'indiquer qu'il ne reproduit pas *un seul* procès-verbal de test, pour se rendre compte jusqu'à quel point, en se perdant dans des considérations purement *quantitatives* sur les réponses données, il restreint volontairement le champ d'exploration qui s'ouvrait

(1) D[r] H. Stauder. — Konstitution und Wesensänderung der Epileptiker, 1938. *Thieme*, Leipzig.

devant lui. Malgré la richesse des faits cliniques, la récolte psychopathologique ne peut être que très faible.

Nous formulons maintenant nos conclusions, au sujet de l'application du test de Rorschach, aussi bien dans l'épilepsie que dans la schizophrénie.

1° L'application du test de Rorschach à la clinique nous a amenée à une modification de la méthode classique : abandon de l'évaluation quantitative, de la transcription du résultat exclusivement en signes, et par conséquent du psychogramme ; la mise en valeur par contre *du langage et des expressions* employés par les sujets testés.

2° Le test de Rorschach, ainsi modifié, met en évidence les mécanismes essentiels de la schizophrénie et de l'épilepsie, à savoir la *Spaltung* de Bleuler d'une part et la *mainmise* du facteur du *lien*, d'autre part.

3° Ainsi se différencient *sous le signe du langage* deux mondes différents : le monde du schizophrène fait d'abstraction, de rigidité, d'immuabilité, monde morcelé, fragmenté avec prédominance du facteur *rationnel* (« rationalisme morbide » de Rogues de Fursac et Minkowski) et monde de l'épileptique que gouvernent le concret, le sensoriel, les kinesthésies, tantôt adhésives, tantôt explosives, de concentration excessive, créant une atmosphère confinée, comprimée, menant à la décharge.

4° Les mêmes différences se retrouvent chez les schizoïdes et les épileptoïdes (glischroïdes).

5° Le fait qu'il n'existe pas de différence essentielle entre les adultes et les enfants plaide en faveur de ce que les mécanismes mis ainsi en évidence touchent de près aux types constitutionnels.

6° En contribuant, sur le plan théorique et pratique à préciser le diagnostic et le pronostic et la conduite à tenir, le test de Rorschach, sur le plan de la recherche psychologique, nous mène à la source même du problème du *voir*, ainsi que du langage qui « ne cherche point à faire du mot un signe algébrique, mais au contraire à désigner à l'aide du mot des affinités, des identités même, entre les phénomènes, que notre pensée qui dissèque et juxtapose, méconnaît et anéantit vraiment trop facilement » (1).

En même temps se trouve écartée l'objection faite aux consti-

(1) E. Minkowski. — *Vers une Cosmologie*, F. Aubier, Paris, 1936.

tutionalistes, à savoir qu'ils introduisent dans la vie de l'être humain un facteur rigide et immobile, inaccessible à toute influence du milieu. Maintenant chaque constitution représente tout un monde dans lequel une influence de cet ordre trouve aisément sa place.

Arrivée au terme de ce mémoire, involontairement se dresse devant mes yeux l'image des conditions particulièrement difficiles dans lesquelles étaient faites ces recherches. C'était en pleine période d'occupation, avec toutes les épreuves qu'elle nous a apportées. A ce propos, je voudrais exprimer ma gratitude à M. le Professeur Laignel-Lavastine qui m'a accueillie dans son service et a mis à ma disposition tous les malades qui présentaient de l'intérêt pour moi. Mes collaborateurs immédiats, MM. Bouvet, Follin et Neveu, en s'associant à mes travaux m'apportèrent mainte aide et mainte stimulation, de même que MM. Maillard et Binois. Enfin l'ambiance de Sainte-Anne créée autour de moi aussi bien par les médecins que par le personnel m'a permis d'y puiser le courage nécessaire. Grand fut également l'appui que j'ai trouvé, dans ces circonstances pénibles, auprès de M. René Charpentier qui me prodigua, à cette occasion, comme il l'avait fait déjà à maintes reprises antérieurement, encouragements et preuves de confiance. Malgré la longueur de ce mémoire, j'espère de ne pas avoir abusé de cette confiance et avoir suivi sa pensée qu'il résume dans un de ses articles dans les mots : « les doctrines passent, mais les faits restent ».

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Lundi 28 Octobre 1946

PREMIÈRE SÉANCE

Présidence : M. Pierre DEMAY, président

Le Président souhaite la bienvenue à M. le D[r] R. E. HEMPHILL, *médecin-chef de l'hôpital psychiatrique de Bristol,* qui assiste à la séance.

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 26 juin et le procès-verbal de la séance du 8 juillet 1946 sont adoptés.

Décès de M. Ameline, membre titulaire

M. DEMAY, *président.* — Messieurs, j'ai le regret de vous faire part de la mort de notre collègue, le D[r] Marius AMELINE. décédé le 14 juillet 1946. Notre collègue, qui a dirigé pendant longtemps la Colonie familiale d'Ainay-le-Château, était membre de notre Société depuis 1910. Il laissera le souvenir d'un collègue curieux, attaché aux choses de l'esprit. En votre nom, j'ai exprimé à sa veuve, Mme Ameline, l'expression de nos regrets et de notre sympathie.

Correspondance

La correspondance manuscrite comprend :

des lettres de MM. les D[rs] LAGACHE, MÂLE, PUECH et TEULIÉ, qui remercient la Société de les avoir élus *membres titulaires ;*

des lettres de MM. les Drs Mario FUENTES, GUEVARA OROPESA, de M. le professeur M. BLEULER, de MM. les Drs REZAÏ et TOSQUELLES, qui remercient la Société de les avoir élus *membres associés étrangers ;*

une lettre de M. le ministre du travail et de la sécurité sociale (Direction générale du travail et de la main-d'œuvre), accusant réception du vœu de la Société concernant l'immigration et informant le secrétaire général qu'il transmet ce vœu à l'Office national d'immigration, actuellement en voie d'organisation ;

une lettre de M. le professeur MÜLLER, président de la Société suisse de psychiatrie, invitant les membres de la Société à l'Assemblée d'automne de la Société suisse de psychiatrie, qui se tiendra à Bâle, le 30 novembre et le 1er décembre 1946. Le Dr E. MINKOWSKI représentera la Société médico-psychologique à cette manifestation ;

des lettres de MM. les Drs DURAND, des Rives-de-Prangins, ELIASCHEFF, de Nogent-sur-Marne, et NODET, de Bourg, demandant à faire partie de la Société au titre de *membres correspondants nationaux.* Une Commission, composée de MM. BARUK, CHATAGNON et CHANÈS, rapporteur, est désignée pour l'examen de ces candidatures : le vote aura lieu à la séance du lundi 25 novembre 1946.

Participation de la Société à des cérémonies neuro-psychiatriques belges

Sur invitation des présidents des Sociétés belges intéressées, la Société médico-psychologique a été représentée par MM. les Drs COMBEMALE, DUBLINEAU et MINKOWSKI, à la célébration du soixante-quinzième anniversaire de la fondation de la Société de médecine mentale de Belgique et du cinquantième anniversaire de la fondation de la Société belge de neurologie (Gand-Bruxelles, 28, 29, 30 septembre 1946).

Election d'un membre titulaire honoraire

M. le Dr René CHARPENTIER, membre titulaire, a demandé à être nommé membre honoraire. M. René Charpentier remplissant les conditions exigées par l'article 3 des statuts, est nommé *membre titulaire honoraire* de la Société, à l'unanimité des membres présents.

Election de deux membres titulaires

Après lecture d'un rapport de M. GOURIOU, au nom d'une Commission composée de MM. BESSIÈRE, BRISSOT, BROUSSEAU, MARCHAND et GOURIOU, rapporteur, il est procédé au vote :

1° Membre titulaire résidant (une place) :

Nombre de votants	22
Majorité absolue	12

A obtenu :

M. Sivadon	21 voix
Bulletins blancs ou nuls	1

2° Membre titulaire non résidant (une place) :

Nombre de votants	20
Majorité absolue	11

Ont obtenu :

MM. Daumézon	13 voix
Donnadieu	5 voix
Bulletins blancs ou nuls	2

MM. les Drs Sivadon, de Paris, Daumézon, de Fleury-les-Aubrais, sont élus *membres titulaires* de la Société médico-psychologique.

Election de quatre membres correspondants nationaux

Après lecture d'un rapport de MM. les Drs Baruk et Bonhomme, au nom des commissions désignées à cet effet, il est procédé au vote :

Nombre de votants	18
Majorité absolue	10

Ont obtenu :

MM. Cochemé	18 voix
Couderc	17 voix
Danjou	15 voix
Mme Cavé	13 voix

MM. les Drs Cochemé, de Reims, Couderc, d'Oran, Danjou, des Rives-de-Prangins, et Mme le Dr Madeleine Cavé, de Paris, sont élus *membres correspondants nationaux* de la Société.

Réunion d'une assemblée générale

Sur proposition de M. Demay, président, la Société décide de se constituer en Assemblée générale à la fin de la séance ordinaire.



COMMUNICATIONS

Morphologie comparée de quelques syndromes psychopathiques, par MM. J. Dublineau et J.-L. Beaudouin.

Si l'on additionne en demi-sigmas l'écart morphologique d'un sujet par rapport au médiotype, on obtient un chiffre qui, pour un nombre d'indices morphologiques déterminés, fournit un élément grossier de comparaison entre l'individu donné et d'autres individus.

Les indices eux-mêmes expriment selon leurs natures l'importance soit des facteurs de résistance individuelle (c'est-à-dire en somme les facteurs d'autonomie par rapport à l'ambiance), soit des facteurs d'adaptation au milieu. Les facteurs de résistance sont forts ou faibles, positifs ou négatifs. A ces deux notions, on peut adapter les notions kretschmériennes d'état athlétique et asthénique (A et α). Cette liaison suppose pour les facteurs d'adaptation, opposée au facteur positif pycnique (P), l'existence d'un facteur négatif que nous avons appelé facteur « π » ou anti-adaptatif.

L'un de nous (1) a montré que ce dernier facteur était en rapport avec les types plats et certains types rétractés de l'école morphologique française.

Dans un groupe de 200 psychopathes étudié à un autre point de vue, nous avons individualisé un certain nombre de groupes syndromatiques. A la lumière de considérations antérieures, nous avons groupé les faits (2) de la façon suivante :

Groupe I : Troubles du caractère + états paranoïaques + états paraphréniques (75 cas).

Groupe II : Etats asthéniques + états schizophréniques + états paranoïdes (37 cas).

Groupe III : Etats maniaco-mélancoliques (32 cas).

Voici comment se répartissent, pour chacun de ces groupes, les proportions morphologiques globales, exprimées en nombre de demi-sigmas pour les indices considérés :

(1) Dublineau (J.). — *Congrès des neurologistes et aliénistes*, Genève-Lausanne, juillet 1946.
(2) Dublineau (J.). — *Ann. méd.-psych.*, 1943 et 1944, *passim*.

Moyenne générale sur 200 cas

Facteur A : 8,374 demi-σ, Facteur P : 11,489 demi-σ,
Facteur α : 7,274 demi-σ, Facteur π : 10,789 demi-σ.

Par rapport à cette moyenne, les chiffres se répartissent comme suit pour les groupes syndromatiques considérés :

	Groupe I		Groupe II		Groupe III	
	demi-σ	C. S.(1)	demi-σ	C. S.	demi-σ	C. S.
	—	—	—	—	—	—
Facteurs morphologiques de résistance :						
A...	9,279	— 2	7,879	+ 0,7	7,969	+ 0,53
α...	6,659	+ 1,45	8,279	— 1,26	7,409	— 0,14
Facteurs morphologiques d'adaptation :						
P...	12,449	— 1,44	8,719	+ 3,44	12,209	— 0,76
π....	10,069	+ 1,37	13,529	— 3,22	9,469	+ 1,30

Dans l'ensemble, ces chiffres se rapprochent d'autres, antérieurement publiés par l'un de nous sur une statistique de 337 cas (comprenant d'ailleurs la majeure partie des cas figurant ici) (2).

L'intérêt de ces chiffres est le suivant :

Comme on le voit, le facteur P est plus important dans le groupe I que dans le groupe III en chiffres absolus.

En fait, cette prédominance disparaît si on l'envisage en fonction des valeurs résistantielles. Le rapport $\frac{A}{P}$ est de 74 dans le groupe I et de 65 pour le groupe III, et donc plus faible pour celui-ci qui reste, en définitive, le plus fort en valeur pycnique relative (soit en valeur hyper-adaptative, comme il est logique pour des états à syntonie excessive).

En d'autres termes, un facteur ne vaut que dans la mesure où il n'est pas saturé par des facteurs de la série antagoniste. L'étude morphologique, tout en accordant une importance certaine à la valeur absolue des chiffres trouvés (mesures, indices, sommes de résultats d'indices, etc...), doit tenir compte en outre dans une large mesure des rapports entre les forces que les chiffres expriment. A ce stade de l'étude biométrique, on conçoit que le symbole appelé à rendre compte de ces rapports n'a plus qu'une importance relative par rapport à la notion même de rapport ; l'étude morphologique n'est qu'un moyen de fournir de tels symboles ; elle ne saurait être une fin en soi.

(1) C.S. : Coefficient de signification.
(2) *Sem. des hôp. de Paris*, 14 oct. 1946.

Le traitement par la pénicilline dans les syphilis nerveuses tardives. Quelques effets de cet antibiotique sur le système nerveux central (*Présentation de graphiques et de schémas*), par M. P. Chatagnon et Mlle E. Wolf.

Voici le protocole succinct des observations de six femmes antérieurement traitées par chimiothérapie ou malariathérapie et soumises à la pénicilline intra-musculaire et intra-rachidienne par voie lombaire et à hautes doses :

Observation 1. — 36 ans. Syphilis primo-secondaire à 18 ans. Délire cénesthopathique à 36 ans, avec nombreux stigmates osseux (ethmoïdite), viscéraux (pleuro-pulmonaires et laryngés) et nerveux (anosmie, agneusie, etc...). Traitement : du 3 août au 14 septembre, reçoit 3.720.000 U.O. intra-musculaire (i.-m.), et 530.000 U.O. intra-rachidienne (i.-r.). Antérieurement traitée par les As 3, avec disparition de l'ethmoïdite et des symptômes pleuro-pulmonaires. Bien supporté.

Observation 2. — 65 ans. Pas d'infection syphilitique connue. Paralysie générale à forme mélancolique avec tabès. Du 3 août au 14 septembre : 3.720.000 U.O. intra-musculaire et 580.000 intra-rachidienne + novarsénobenzol interrompu à 0 gr. 45, par suite du mauvais état général. Troubles trophiques (ulcère térébrant).

Observation 3. — 38 ans. Pas d'infection syphilitique connue. Démence paralytique + atteinte de la IIIe paire + syphilides cutanées. Du 12 août au 21 octobre 1946 : 1.150.000 U.O. intra-rachidienne. Lipothymie. Vomissements aux 2e et 3e injections de 100.000 U.O. intra-rachidienne.

Observation 4. — 62 ans. Accidents primo-secondaires reconnus et traités (insuffisamment) à 30 ans. Syphilis cérébrale: automatisme mental, hallucinose, tabès, tremblement à prédominance monoplégique g. Anosmie, hypogneusie. Du 16 mai au 11 juin: 2.700.000 U.O. intra-musculaire et 120.000 U.O. intra-rachidienne, et du 9 septembre au 11 octobre: 500.000 U.O. intra-rachidienne. Réaction d'Herxheimer à type de neuro-récidives manifestées par la reviviscence des troubles morbides antérieurs constatés au cours du traitement mixte arsenico-mercuriel : crises comitiales plus fréquentes, automatisme ambulatoire, absences, hallucinoses, douleurs fulgurantes, vertiges, lipothymies, etc...

Obervation 5. — 51 ans. Pas d'infection syphilitique connue. Démence paralytique euphorique avec tabès. Du 9 juillet au 10 septembre : 3.030.000 U.O. intra-musculaire et 570.000 intra-rachidienne.

Arsénone interrompu à la 4e injection, en raison du mauvais état général. Développement d'escarres de décubitus. Chute de l'albuminose rachidienne, constituant pour nous un test de gravité du pronostic. Faim vorace.

Observation 6. — 39 ans. Syphilis connue et traitée ? vers 22 ans. Syphilis cérébrale : automatisme mental conscient. Stigmates cutanés et nerveux : ptosis, anosmie, hypogneusie, etc... Du 3 août au 14 septembre : 3.830.000 U.O. intra-musculaire et 620.000 U.O. intra-rachidienne. Douleur sacrée à type radiculaire dans les membres inférieurs disparaissant en quelques heures à 48 heures. Vomissements. Crise comitiale sans incontinence sphinctérienne. Absences.

Si nous rassemblons et faisons la synthèse des réactions observées, nous pouvons diviser celles-ci en :

I. *Réactions immédiates.* — *a*) Douleur locale au point d'injection. Douleur régionale sacrée à type de brûlure. Douleur irradiée au rachis, au corps tout entier, à la face, aux membres inférieurs surtout : soit à type de sciatique, soit à type radiculaire de douleur excruciante, d'arrachement, de tiraillement. — *b*) Des états lipothymiques avec tension artérielle basse, malaises, sueurs profuses, pouls filant. — *c*) Etats nauséeux avec vomissements bilieux.

Ces troubles surviennent surtout lorsqu'on dépasse le seuil de tolérance du sujet à la pénicilline. Ils apparaissent chez les unes de 20 à 50.000 U. intra-rachidiennes ; chez d'autres, à 100.000 U.O. intra-rachidiennes ; fait caractéristique : ils disparaissent en quelques heures, et au plus en 24 à 48 heures, sans séquelles.

II. *Réactions secondaires.* — Survenant de 2 à 24 heures après les intra-rachidiennes. Elles s'apparentent aux neuro-récidives, mais leur évolution rapide va de pair avec leur rapide curabilité. Ce sont : *a*) Des crises convulsives jacksoniennes ou généralisées sans incontinence sphinctérienne, des absences, des vertiges. — *b*) De l'automatisme ambulatoire ou verbal avec amnésie totale de quelques minutes à plusieurs heures. — *c*) De l'onirisme avec hallucinose survenant par crises et totalement amnésique. — *d*) Une recrudescence d'intensité et d'imposition obsédante de l'automatisme mental antérieurement existant, une recrudescence des tendances impulsives. — *e*) Une action trophique térébrante à type d'ulcus rodens cessant après arrêt de la pénicilline, et l'action paradoxale de la poursuite de la suppuration des escarres cutanées. — *f*) Des modifications des métabolismes généraux, en

particulier : apparition de faim vorace, d'échanges respiratoires amples, besoin d'activité, qui se traduiraient probablement par une augmentation du métabolisme de base. — *g*) Une action eutrophique remarquable sur l'état des téguments avec disparition de l'acné, de la furonculose et des petites infections cutanées si fréquentes au cours du traitement par les arsenicaux.

III. *Les modifications humorales.* — La pénicilline intra-rachidienne semble être un corps étranger bien toléré, elle détermine presque dans tous les cas une irritation méningée qui se traduit par une pléocytose et une hyperalbuminose, les deux courbes étant ordinairement parallèles. Elle réactive parfois les réactions de Bordet-Wassermann et de floculation (Meinicke et surtout Benjoin colloïdal ; plus souvent cependant, elle les laisse indifférents. Il nous semble que l'action irritative de la pénicilline se trouve être sous la dépendance combinée des facteurs suivants : 1° Le froid de la solution utilisée ayant pour contre-partie son inutilisation par voie sous-occipitale en raison des dangers du froid sur la région de la meddula oblongata (expériences physiologiques allemandes). 2° La nature des composés chimiques. 3° La réactivation des lésions évolutives syphilitiques, véritable réaction d'Herxheimer, ou 4° L'activation des processus de désintégration nerveuse en latence. Ces différents facteurs agissent en rompant les équilibres colloïdaux (surtout protidiques ou gluco- et lipo-protidiques). Nous avons montré que la chute du taux moyen des albumines rachidiennes peut être utilisée comme test-pronostic (présentation de courbes des protéides rachidiennes, obs. 5).

IV. Du point de vue de la physiopathologie nerveuse, on ne peut manquer d'être frappé par la grande fréquence de l'exacerbation des symptômes morbides existant antérieurement : véritable réaction d'Herxheimer avec neuro-récidives comme on en observe au cours des traitements arsenicaux, mais d'évolution plus rapide, moins dramatique et plus favorable, et aussi par l'apparition de symptômes nouveaux ou anormaux. Si, au cours de notre petite expérimentation, nous n'avons observé que trois cas de crises comitiales chez des sujets qui en avaient présenté antérieurement (obs. 4 et 6), il n'en demeure pas moins que l'attention des auteurs anglo-américains a été très tôt attirée par les manifestations convulsives à la suite de l'administration intra-ventriculaire de pénicilline et à la suite d'application directe locale sur le cortex cérébral (Walker A. E. et Johnson H. C., janvier et février 1945), chez des sujets sans antécédents comitiaux,

si bien qu'un facteur de toxicité de la pénicilline a été recherché expérimentalement en utilisant le contrôle électro-encéphalographique avec la pénicilline commerciale, dont les substances bactéricides proviennent du *penicillium notatum* et la pénicilline cristallisée. Il résulte des expériences de Walker et Johnson que les altérations sub-cliniques de la fonction cérébrale peuvent survenir pendant la durée de l'administration de pénicilline dans un peu plus de 50 pour cent des cas (expérimentation portant sur 51 malades). Neyman C. A., Heinbrunn G. et Youmans G. P. ont traité la démence paralytique par la pénicilline (juin 1945) ; ils ont trouvé que les attaques épileptiques, le coma et la mort peuvent se produire avec 40.000 U. Oxford de pénicilline introduites dans la grande citerne. Aussi, y aurait-il intérêt à rechercher le seuil convulsif chez l'homme que les Américains ont trouvé être de 500 U.O. chez le chien et le singe.

De fait, les barbituriques que nous avons utilisés pour calmer l'éréthisme nerveux, les douleurs fulgurantes et radiculaires des cas 4 et 6, ont amené une sédation nette et rapide des symptômes. Nous pensons qu'il y a, entre la dose thérapeutique utile et la dose convulsivante de pénicilline, une marge suffisante pour autoriser en toute sécurité l'utilisation bienfaisante de ce produit en syphiligraphie et en psychiatrie.

Le deuxième fait curieux observé est d'une part le déclenchement d'un processus d'ordre trophique ressemblant à l'ulcus rodens néoplasique que nous n'avons jamais constaté avec une telle intensité avec les traitements par les arsenicaux mixtes, et, d'autre part, l'action inopérante sur les suppurations des escarres de décubitus.

Conclusions

De notre expérimentation encore bien limitée, il se dégage cependant une impression des plus favorables quant à l'action antisyphilitique de la pénicilline. Nous le prouverons ultérieurement. Certes, la pénicilline, nous venons d'y insister, a une certaine action toxique sur le tissu nerveux, essentiellement lorsqu'elle est portée directement à son contact ou par l'intermédiaire du liquide céphalo-rachidien, action toxique qui se traduit par une excitabilité du cortex que dénotent des manifestations cliniques ou infracliniques, enregistrées alors sur l'électrocardiogramme, et par la reviviscence des troubles antérieurs, mais toujours passagère et sans gravité. Et bien que cette action toxique soit beaucoup plus grande pour le tissu nerveux que pour les

autres tissus vivants, la puissance antiparasitaire de la pénicilline est si grande qu'elle autorise de grands espoirs dans la tentative d'obtenir l'extinction de la virulence tréponémique, lorsque le seuil humain de toxicité variable avec chaque cas aura pu être précisé.

DISCUSSION

M. CEILLIER. — Les résultats apportés par l'auteur semblent mettre l'accent sur de nombreux incidents de technique. Je serais heureux d'avoir des renseignements complémentaires sur ce point.

M. GUIRAUD. — L'assimilation faite par M. Chatagnon entre les neuro-récidives survenant au cours des traitements arsenicaux et les algies des membres inférieurs, les troubles trophiques, les escarres survenant au cours du traitement par la pénicilline intra-rachidienne ne me paraît pas exacte. Dans ce dernier cas, c'est l'action irritative directe de la pénicilline sur les racines de la queue de cheval, qui est responsable des troubles observés.

Au moins pour la paralysie générale, j'estime que la voie intra-rachidienne n'est pas indiquée ; je me demande comment la pénicilline pourrait agir sur l'encéphalite de la substance hémisphérique. Ce qui, à faibles doses, peut être bon pour les méningites et le tabès n'est pas nécessairement efficace pour la paralysie générale.

J'emploie, depuis quelque temps, la pénicilline par voie intra-musculaire, à la dose de 200.000 unités par jour, jusqu'à un nombre total de 2 millions à 2 millions 500.000 unités. De temps en temps, je constate, surtout dans les formes avec confusion, une période d'agitation plus grande au cours du traitement. S'agit-il d'une action excitante banale de la pénicilline, comme pourraient le faire de fortes doses de vitamines B_1 ou E, ou bien d'une réaction d'Herxheimer ? Je penche plutôt vers la première hypothèse.

Les résultats obtenus par la malariathérapie sont si bons que je ne veux en priver aucun malade, aussi j'emploie la pénicilline après malariathérapie. Selon les résultats obtenus, la pénicilline remplacera le stovarsol ou sera utilisée en cas de contre-indication des arsenicaux, ou encore combinée avec la malaria, le stovarsol et le bismuth.

Il est possible que seule elle donne des rémissions cliniques, mais j'estime qu'on ne doit cesser le traitement d'un paralytique général qu'après négativation définitive des réactions dans le liquide et dans le sang, ce qui demande assez souvent des années de soins.

M. DESCLAUX. — L'action favorable de la pénicillinothérapie comme traitement d'attaque de la paralysie générale est à souligner. Les premiers résultats obtenus chez des malades traités dans le service du professeur J. Delay ont été publiés au Congrès de la pénicilline par ce dernier. L'évolution des malades traités depuis a confirmé l'intérêt de la méthode, en mettant toutefois en évidence une certaine discor-

dance entre des résultats cliniques parfois excellents et des résultats sérologiques plus tardifs.

M. Chatagnon. — Nous n'avons pas détaillé nos résultats (en particulier les courbes des réactions du complément et de floculation) parce que cela eût pu paraître fastidieux. Toutefois, nous tenons à préciser à M. Ceillier que les incidents au cours du traitement pénicilliné intra-rachidien, pour variés qu'ils aient été, n'ont jamais été graves, que leur caractère transitoire et sans lendemain est au contraire caractéristique, s'opposant à la gravité redoutée de certaines réactions d'Herxheimer et des neuro-récidives observées à la suite des traitements arsenicaux, et qu'enfin les incidents signalés avaient été observés antérieurement chez ces sujets, soit dans les phases intercalaires des traitements arsenicaux mixtes, soit au cours de ceux-ci. Si nous avons insisté sur leur existence, au détriment de considérations sur la valeur curative de la pénicilline sur les symptômes cliniques de syphilis cérébrale ou de symptômes neurologiques, c'est précisément pour accuser ces faits nouveaux de toxicité nerveuse de cet antibiotique puissant, contrastant avec la faible toxicité de la pénicilline pour les autres tissus de l'organisme. La recherche du seuil de toxicité de la pénicilline est déjà une obligation pour le traitement de toute infection méningée ou cérébrale. Quant à l'avenir de la pénicilline, nous lui prédisons une heureuse carrière, car nous pensons qu'elle viendra renforcer, suppléer, remplacer même l'action antibiotique et spirillicide des arsenicaux et des autres médications anti-syphilitiques classiques. Lorsque le recul du temps nous le permettra, nous verserons aux débats les observations dont nous poursuivons l'étude. Rappelons-nous l'affirmation de Stokes en 1943 : Il faudra un an « pour deviner », deux ans pour faire des hypothèses, cinq ans pour commencer à avoir une indication et vingt ans pour apprécier les résultats exacts du traitement nouveau.

Nous avons pensé, le D[r] E. Wolf et moi-même, qu'il était intéressant de vous rapporter une confirmation des résultats observés en 1945 par les auteurs anglo-américains, et, à cette occasion, de préciser quelques faits nouveaux en physio-pathologie nerveuse.

M. le D[r] Guiraud ne voit pas la nécessité de l'utilisation de la médication par voie intra-rachidienne. Nous lui répondrons qu'il est depuis longtemps classique que la perméabilité méningée est très faible, accrue il est vrai par tous les processus inflammatoires, elle reste minime à l'état normal, et dans le cas envisagé de la pénicilline, il a été démontré que même avec des millions d'Unités Oxford introduits par voie générale (intra-musculaire et intra-veineuse), il en pénètre très peu dans les milieux nerveux. C'est donc pour porter le plus près possible des spirochètes présumés existants dans les centres nerveux que nous avons utilisé la voie intra-rachidienne basse. A ce propos, nous insistons sur la nécessité d'utiliser uniquement la voie basse en raison des accidents dramatiques, et presque toujours mortels, causés par le froid,

lorsque la pénicilline glacée est portée au contact du bulbe par ponction sous-occipitale (se reporter aux études des physiologistes allemands et à leurs expériences sur le froid chez les êtres humains vivants durant la dernière guerre).

Enfin, nous pensons que la pénicilline ouvre une perspective heureuse en apportant une arme puissante contre l'infection du tréponème pâle, et si elle doit être accueillie avec un grand enthousiasme, elle ne détournera pas notre attention de l'utilisation des traitements classiques anti-spirillicides et en particulier des arsenicaux qu'au demeurant nous suspectons fort d'agir également et surtout comme antibiotiques.

Je remercie le Dr Desclaux du vigoureux plaidoyer qu'il vient de faire en faveur de la pénicilline et dont les résultats sont en concordance avec les nôtres.

L'épilepsie dite héréditaire, par M. L. Marchand.

Le rôle de l'hérédité dans l'étiologie des manifestations épileptiques fait toujours l'objet de discussions sans cesse renaissantes ; les uns soutenant que l'épilepsie est héréditaire, les autres que l'épilepsie est toujours une affection acquise.

Depuis qu'Hippocrate écrivait « Epilepticus genuit epilepticum », de nombreux exemples ont été rapportés de sujets épileptiques appartenant à des familles dans lesquelles on note une hérédité similaire, soit dans leur ascendance, soit dans leur descendance directe ou collatérale (1).

Sans chercher à réveiller le débat sur cette question, j'apporte aujourd'hui quelques constatations à propos de ces cas d'épilepsie dans lesquels les tares héréditaires sont nettement prépondérantes sur les facteurs extérieurs. L'exposé suivant est basé sur des recherches cliniques et anatomo-pathologiques que je poursuis depuis de nombreuses années.

La crise convulsive ne constitue pour tous les individus qu'une manifestation réactionnelle du cerveau à des causes très diverses ; elle se déclenche d'autant plus facilement que le seuil convulsif, variable pour chaque sujet, sera plus bas, de sorte que la même excitation, qui sera épileptogène pour un cerveau, ne le sera pas pour un autre. Alors la question se pose ainsi : comment une tare héréditaire peut-elle abaisser le seuil convulsif à un niveau tel que le cerveau réagira par des manifestations épilep-

(1) L. Marchand. — Hérédité et épilepsies. *Nouvelle Revue critique*, Paris, 1938, p. 14 et 21.

tiques à des excitations qui sont sans effet pour des sujets à seuil convulsif normal ? Comment une hérédité par tare originelle du germe, une hérédité génotypique, peut-elle entraîner des malformations cérébrales qui ne se traduiront que par des accidents épileptiques présentant les caractères soit de l'épilepsie dite essentielle, soit de l'épilepsie associée à un développement défectueux du cerveau ?

Actuellement, il est bien établi que certaines affections héréditaires et familiales dépendent d'un défaut dans le développement neuro-ectodermique embryonnaire et ont par conséquent pour cause une tare originelle du germe sans action des facteurs extérieurs ; telles sont les neuro-ectodermoses, comprenant : la sclérose tubéreuse de Bourneville, la neurogliomatose de Recklinghausen, l'angiomatose méningée et intracérébrale avec foyers fréquents de calcification, l'angiomatose cérébro-rétinienne, l'angiomatose cutanéo-nerveuse de Lindau, la maladie de Sturge, Weber et Krabbe. L'épilepsie fait généralement partie de la symptomatologie de ces affections, auxquelles il faut ajouter l'épilepsie myoclonique.

Ayant eu l'occasion d'observer plusieurs familles dans lesquelles on notait l'une ou l'autre de ces maladies, j'ai été surpris de constater que d'autres membres de ces familles, sans présenter les symptômes de ces affections, étaient aussi atteints d'épilepsie, ce qui permettait d'admettre que leur épilepsie était également due à un développement cérébral anormal héréditaire. J'ai alors recherché d'autres familles dans lesquelles l'épilepsie se manifestait chez plusieurs membres, sans que l'on relève chez aucun d'eux les importants symptômes des neuro-ectodermoses, sans que l'on puisse noter d'autres causes étiologiques que le caractère familial ; en particulier, l'hérédo-syphilis recherchée avec soin ne pouvant être soupçonnée.

En examinant ces épileptiques, j'ai pu alors relever chez certains d'entre eux des malformations diverses qui me paraissent présenter un grand intérêt ; je ne ferai qu'énumérer celles que j'ai constatées : l'hyperpigmentation cutanée pouvant se présenter soit sous forme de taches de rousseur, de taches pigmentaires punctiformes, de taches dyschromiques, soit sous forme de grains de beauté disséminés en grand nombre principalement sur la face et les bras, l'ichtyose, des formations fibro-lipomateuses discrètes ou agglomérées, le molluscum pendulum, l'angiome, le colobome irien, le bec de lièvre, le spina-bifida. Une malade avait présenté à sa naissance, au niveau de la région lombaire, une

zone cutanée non épidermisée qui se cicatrisa rapidement ; sa sœur plus jeune, également épileptique, présente une disjonction des sutures craniennes. Chez un malade âgé de 12 ans et épileptique depuis l'âge de 11 ans, on note une agglomération de fibrolipomes avec typographie radiculaire au niveau de la région lombaire droite ; chez ce même sujet, de chaque côté du nez, la peau est granuleuse, pigmentée et grasse.

Ces malformations doivent être recherchées, car les malades et leurs parents n'y attachent aucune importance.

J'ai eu l'occasion de pouvoir procéder à l'examen anatomopathologique de cerveaux provenant de tels malades et j'ai pu relever des malformations qui m'ont paru dépendre elles aussi d'une dysplasie du feuillet neuro-ectodermique, sans aboutir cependant aux lésions grossières des neuro-ectodermoses ; ce sont des épaississements arachnoïdo-pie-mériens, des irrégularités de la surface des circonvolutions, un développement anormal du tissu névroglique, soit sous forme de traînées de sclérose, soit sous forme de sclérose diffuse, une irrégularité dans l'architectonie des diverses couches corticales, parfois des altérations vasculaires telles que des dilatations anormales.

Je suis persuadé que dans les services de neuro-psychiatrie infantile, on peut observer des familles d'épileptiques dans lesquelles certains membres présentent des malformations cérébrales plus accusées, telles que des dysplasies, des agénésies relevant de la tare originelle génotypique. J'ai observé deux frères épileptiques, tous deux intelligents, qui étaient atteints de dysostose cranio-faciale.

D'après mes constatations, je ne crois pas que cette hérédité morbide soit fréquente ; elle n'atteint généralement qu'un petit nombre de sujets au cours de plusieurs générations. Il peut arriver que dans certains cas, elle se manifeste à l'état sporadique, un seul membre étant atteint ; cependant, si on examine les autres membres non épileptiques de la famille, on peut découvrir souvent chez quelques-uns d'entre eux des malformations cutanées. Quand de tels cas surviennent dans une lignée jusqu'alors saine, les généticiens admettent qu'il s'agit de la transformation, de la mutation d'un facteur chromosomien en un allélomorphe conditionnant l'état pathologique.

Les épilepsies en rapport avec ces formes frustes de neuro-ectodermoses d'origine génotypique doivent être différenciées des épilepsies en rapport avec une hérédité pathologique, telles que l'hérédo-syphilis, l'hérédo-alcoolisme, avec certaines affections

ayant agi soit sur les cellules germinales avant la procréation (blastophorie), soit sur l'embryon ou sur le fœtus.

Ainsi, il existe des épilepsies héréditaires qui paraissent relever de facteurs anormaux inclus dans les chromosomes. En fait, ce n'est pas l'épilepsie qui est héréditaire, mais les anomalies cérébrales qui entraînent un seuil convulsif très bas. Chez ces sujets, des crises pourront apparaître sous l'influence de causes restant sans effet chez des sujets à seuil convulsif normal.

Il est possible que l'on puisse un jour préciser par des chiffres le niveau du seuil convulsif des individus. Certains tests actuellement utilisés pour le diagnostic positif de l'épilepsie, tels que la provocation des crises par le cardiazol et par l'insuline, le choc hydrique associé à l'hormone rétropituitaire, l'électrochoc, indiquent déjà des différences notables dans les réactions cérébrales individuelles. Dans les familles d'épileptiques, on note chez quelques-uns des membres apparemment sains des anomalies cliniquement silencieuses de l'activité électrique du cortex cérébral, ce qui indique une susceptibilité du cerveau à réagir par une décharge neuronale brutale à des excitations variées. Il est à espérer que ces examens, en décelant ainsi les sujets prédisposés héréditairement à l'épilepsie, permettront dans l'avenir d'envisager des mesures prophylactiques spéciales et peut-être de différencier l'épilepsie par tare génotypique des autres formes d'épilepsie par tare pathologique.

Réflexes conditionnels chez un schizophrène,
par MM. J. Dublineau et S. Follin.

Dans la confusion qui règne en psychiatrie en matière nosologique, force est de rechercher des formes de langage aussi proches que possible du concret, d'où la fortune des modes d'expression syndromatique, typologique, psycho-techno-pathologique, etc...

L'école russe a, depuis longtemps, introduit en matière de réactions psycho-physiologiques un langage tiré de l'étude des réflexes conditionnels. Il est certain que le langage réflexologique, en partant de données expérimentales, offre, comme le notait récemment Heernu (1), des moyens d'aborder le problème avec intérêt.

(1) Heernu. — La théorie des réflexes conditionnels en psychiatrie. *Société de médecine mentale de Belgique*, Gand-Bruxelles 1946.

Pour la psychiatrie, ce qui importe, c'est d'abord, certes, de savoir comment se constituent les conditionnements, et d'avoir, par conséquent, présentes à l'esprit, les lois réflexologiques. Mais les modalités d'application commencent avec la connaissance des conditionnements anormaux. C'est donc surtout dans l'étude des types réflexologiques, elle-même basée sur les faits de différenciation de l'induction, dans l'étude de ce que Pavlov appelait la « névrose expérimentale », que peut servir à la psychiatrie la connaissance des conditionnements.

I. Faisant abstraction des discussions théoriques sur le mécanisme conditionnel — discussions dont on connaît par ailleurs l'intérêt — l'un de nous, par l'étude du conditionnement chez les jeunes anormaux caractériels, a montré (1) deux ordres de faits :

1° L'étude d'un conditionnement ne vaut (2) que si, à la lecture graphique des enregistrements de la « combinaison » conditionnelle, on ajoute, en utilisant une technique convenable (technique de réaction motrice, par exemple), celle des comportements du sujet *dans l'intervalle* des combinaisons. Ainsi, l'ensemble du graphique, pour une séance de conditionnement de 45 à 60 minutes, prend-il la forme de l'enregistrement d'une tranche de vie à deux secteurs : libre et dirigé. L'analyse du comportement est faite de l'étude comparée des comportements dans ces deux secteurs.

2° Les faits s'ordonnent, à la lumière de ce qui précède, autour de deux types psycho-caractérologiques, que corrobore l'étude chiffrée, parallèlement menée, du comportement quotidien des sujets.

A ne considérer que les types excités, on observe :

a) Chez *l'émotif déséquilibré* et *l'instable psycho-moteur*, des réponses conditionnées, anarchiques, polycinétiques et incoordonnées. Les fixations sont difficiles, les réponses immédiates. Les différenciations sont difficiles et s'accompagnent souvent de réactions inversées, de type ultra-paradoxal. Excitation spontanée dans les espaces intercombinaisons ; le sujet est constamment agité.

b) Chez *l'impulsif* et *le violent*, de type agressif, les réponses

(1) Dublineau (J.). — Réflexes conditionnels en psychiatrie infantile. *1er Congr. int. de psych. infant.*, Paris, 1937. — Recherches de typologie réflexologique. *Biotypologie*, 1940, n° 1.

(2) Dublineau (J.). — Les conduites conditionnées et le problème typologique. *Congr. Ass. franç. pour l'av. des sciences*, Paris, oct. 1945.

conditionnées sont plus adéquates et régulières, monocinétiques. Les différenciations sont possibles, mais s'accompagnent d'excitations de compensation apparaissant à la fin de la présentation de l'excitant conditionnel, réalisant de véritables réactions motri-

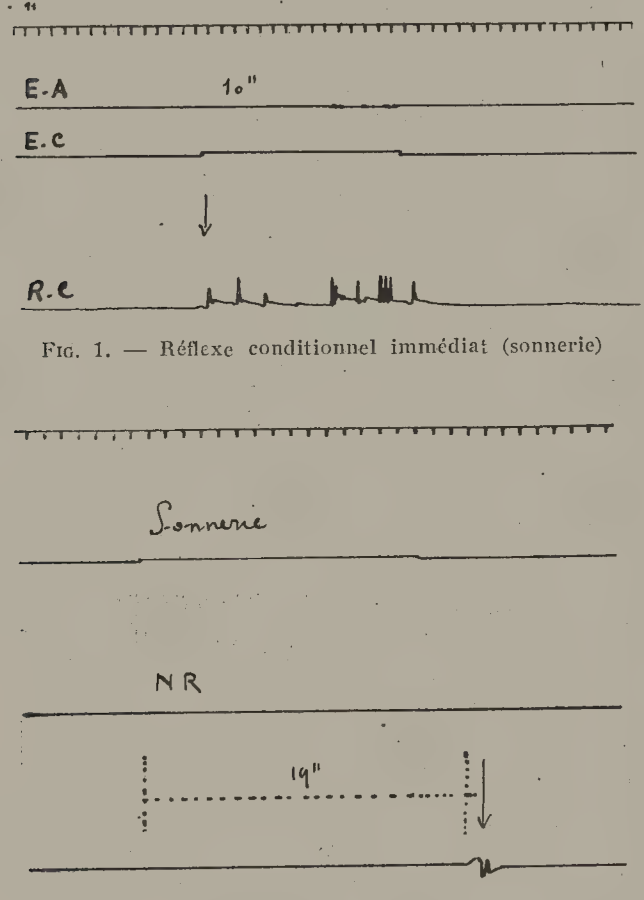


Fig. 1. — Réflexe conditionnel immédiat (sonnerie)

Fig. 2. — Acquisition du R.C. à la sonnerie.
Réponse tardive sans renforcement faradique

ces d'opposition. Silence moteur dans les espaces intercombinaisons : le sujet ne répond que si on l'excite.

Les mêmes faits se retrouvent dans les types calmes, mais avec un minimum d'amplitude et de fréquence dans les réponses conditionnées.

II. Nous avons recherché dans quelle mesure ces faits se retrouvaient chez le psychopathe. Comme on pouvait le prévoir, l'expérience, menée chez un schizophrène interné, a montré que ce sujet réagissait comme les caractériels de type émotivo-instable, mais avec certains traits complémentaires qui semblent bien liés à l'état de dissociation schizophrénique.

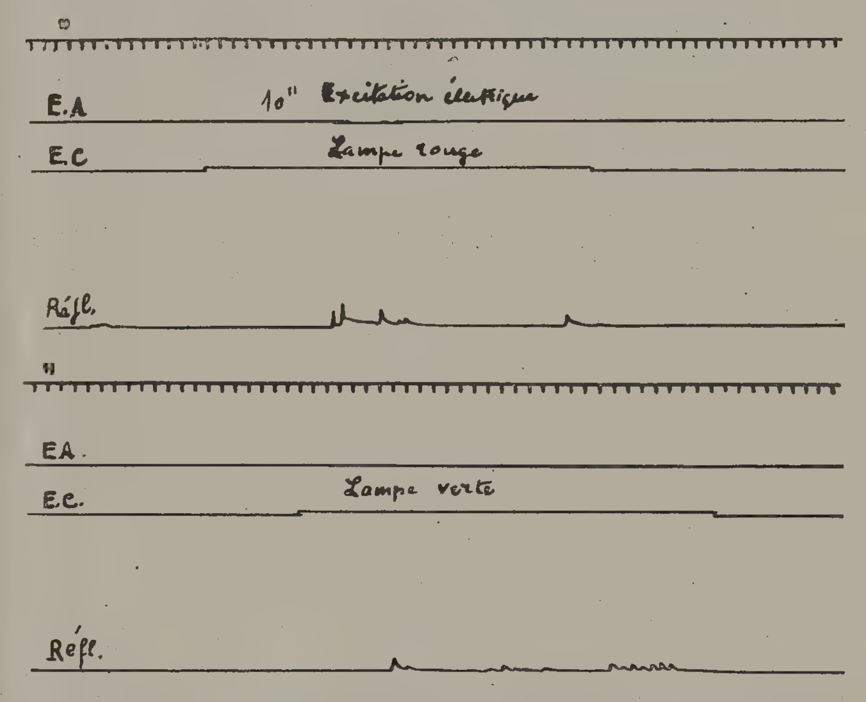


Fig. 3. — Phase ultra-paradoxale. Lampe rouge (excitant positif) ; pas de R.C. Lampe verte (excitant négatif proposé quelques instants plus tard) ; réflexe conditionnel.

Observation. — S., né en 1905, israélite. Schizophrénie simple, dissociation, asthénie, indifférence, apragmatisme.

Morphologie de type asthénique. Facteurs anti-adaptatifs importants.

Test de Rorschach : réponses pauvres, avec éléments de type dissociatif.

Etude réflexologique : 5 séances en janvier-février 1942. Excitant conditionnel : sonnerie (15 secondes) ou lumières (rouge, 30 secondes, comme excitant positif, verte, 30 secondes, comme excitant négatif de différenciation). Excitant absolu : retrait du médius à l'excitation faradique. Technique du reflexe retardé 10 secondes.

1° Obtention de réactions conditionnées dès la première séance, mais irrégularité des réponses et difficulté de la fixation (fig. 1).

2° Au cours des tentatives de fixation, sans renforcement, le sujet ne présente, pendant la sonnerie, aucune réaction, et le réflexe conditionnel ne semble pas acquis. Il l'est en réalité, comme en témoigne, 19 à 22 secondes après le début de la sonnerie, soit 5 à 7 secondes après la fin de cette dernière, l'apparition d'une réaction de retrait du doigt, unique et constante, traduisant un retard dans le déclanchement de la réponse conditionnelle.

3° Inversion des réponses aboutissant à la phase ultra-paradoxale :

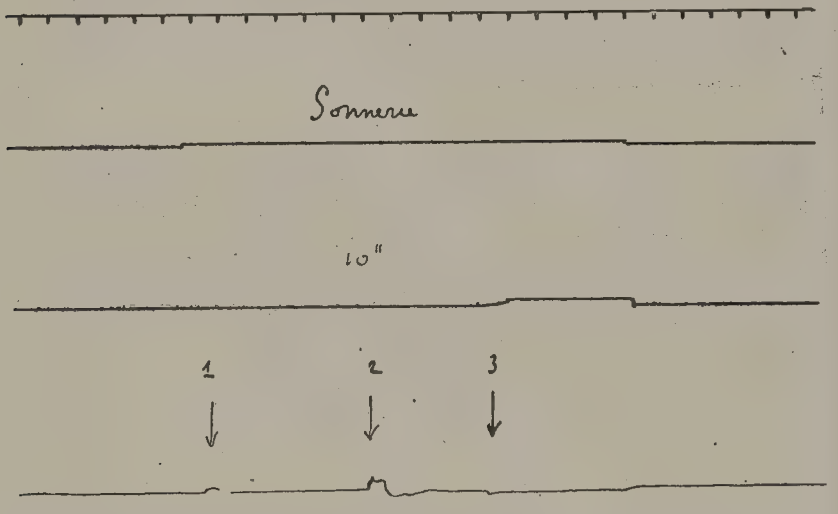


Fig. 4. — Réponses paradoxales : acquisition du réflexe conditionnel en 1 et 2 à la sonnerie ; absence de réaction habituelle à la faradisation (excitant absolu). — Au contraire, le sujet, au lieu de retirer le doigt, appuie davantage sur l'électrode, amenant une dépression de la courbe en 3.

réaction positive à la lumière verte, absence de réaction à la lumière rouge (les réactions observées sur la figure 3 sont les réactions normales, non conditionnelles, au renforcement faradique de l'excitant conditionnel).

4° Acquisition du réflexe conditionné à la sonnerie (fig. 4), mais, fait anormal, absence de la réaction habituelle à la faradisation : loin de retirer le doigt, le sujet esquisse, au contraire, un mouvement d'appui, que traduit, sur le graphique, une réaction inverse (fig. 3) de la réaction habituelle de retrait (réaction *intra-paradoxale*).

Ainsi, l'on peut dire que, chez notre sujet, morphologiquement asthénique, ayant un test de Rorschach de type dissociatif, existe

un comportement réflexologique particulier. Ce comportement est le suivant :

— type calme ;

— réactions I et III du type émotionnel antérieurement décrit par nous ;

— réactions spéciales (retard du conditionnement, réaction intra-paradoxale).

Cet exemple, outre l'intérêt direct d'ordre réflexologique, en présente un autre, d'ordre méthodologique. Il appartiendrait à la statistique, s'élevant au-dessus du cas individuel, d'étudier les corrélations entre les formules morphologique, psycho-expérimentale et réflexologique, et de définir les syndromes en fonction de ces corrélations.

Deuxième séance

ASSEMBLEE GENERALE EXTRAORDINAIRE

Présidence : M. G. DEMAY, président

Après un exposé du secrétaire général sur les conditions actuelles de l'imprimerie, l'Assemblée générale décide, à l'unanimité des membres présents, de porter le taux de la cotisation pour 1947 à 800 fr. (membres titulaires et correspondants nationaux).

La séance est levée à 18 heures.

Le secrétaire des séances :
Pierre Menuau.

SOCIÉTÉS

Société de neurologie de Paris

Séance du 2 mai 1946

Présidence : M. SCHAEFFER, président

Troubles réflexes extenso-progressifs post-traumatiques, amyotrophie Aran-Duchenne, troubles sensitifs à type de dissociation syringomyélique, par MM. A. BARRÉ, KAMMERER et MUSSER.

Observation d'un sujet ayant présenté, après un écrasement de l'index droit, des douleurs et une atrophie ascendante du bras. Moins d'un an plus tard, on notait des troubles pyramidaux au niveau de la jambe droite. Il existe actuellement une thermo-analgésie prédominant de C 2 à D 3 à droite. La série des phénomènes montre qu'il y a une filiation certaine avec le traumatisme. L'ablation d'une saillie hyperesthésique sur la cicatrice sera peut-être encore susceptible de modifier l'évolution.

Un syndrome myasthéniforme des chiqueurs de tabac,
par MM. R. COULONJOU, PRÉVOT, SALAÜN et NICOLET.

42 cas d'un syndrome myasthéniforme d'allure parfois sévère, en relation avec l'usage du tabac à chiquer de la Régie. La prostigmine a agi favorablement, en particulier sur les troubles de la mastication. La suppression du toxique a permis un retour rapide à la normale. Le toxique est probablement un produit de fermentation anaérobie due au *perfringens :* la fermentation, fortement décarboxylante, est susceptible par transformation des amines organiques de donner un produit nocif pour le système nerveux du type de l'histamine. La nicotine n'agit que par synergie.

Pseudo-abcès du cerveau traités par la pénicilline intra-ventriculaire par MM. J. Le Beau et M. Feld.

Chez 4 malades présentant des antécédents de suppuration oto-mastoïdienne, des signes cérébraux en foyer et de la stase papillaire, les auteurs ont trouvé non pas un abcès du cerveau, mais une méningo-encéphalite aiguë ou subaiguë. L'absence d'abcès a été confirmée par la ventriculographie et la guérison clinique complète dans 3 cas et par l'autopsie dans le 4e.

Sur le traitement des abcès du cerveau par ponction et injection locale de pénicilline, par MM. F. Thiébaut et J. Le Beau.

Si la trépano-ponction et l'injection de pénicilline dans l'abcès donnent souvent de très bons résultats, il faut se méfier des guérisons apparentes et vérifier ce que devient l'abcès par la ventriculographie ou mieux par l'injection de thorostrat dans la cavité. L'extirpation complète est souvent à pratiquer secondairement ; quant à l'extirpation d'emblée, elle donne d'excellents résultats avec l'aide de la pénicilline.

Crises épileptiques avec mouvements de rotation forcée autour de l'axe longitudinal consécutives à une cicatrice très limitée et quasi expérimentale de la région rolandique, par MM. M. David, E. Carrot et H. Hécaen.

Les auteurs ont observé ces crises chez un sujet traité pour fracture de l'atlas par extension avec une broche passant par deux trous de trépan pariétaux. L'intervention montra une cicatrice corticale de la pariétale ascendante droite correspondant à l'un des trous de trépan. L'excitation de la cicatrice déclencha une crise typique. La localisation de cette lésion limitée ne correspond pas à celle habituellement admise pour les crises rotatoires.

Sclérose tubéreuse de Bourneville et lentiginose dysraphique médio-faciale, par MM. J. Delay et P. Pichot.

Malade atteinte de sclérose tubéreuse avec adénomes sébacés, épilepsie, oligophrénie et petits nodules calcifiés visibles sur les radiographies craniennes. Elle présente en outre, une lentiginose dysraphique médio-faciale avec comme éléments du *status dysraphicus* un double pied-bot et une fossette coccygienne. Les auteurs soulignent la présence de tumeurs ectodermiques atypiques et des anomalies considérables de l'encéphalographie gazeuse. Ils soulignent le caractère héréditaire de la lentiginose et discutent ses rapports génétiques avec la maladie de Bourneville.

Asomatognosie partielle et algies paroxystiques, seuls signes cliniques d'un angiome pariétal partiellement calcifié. Guérison aprés extirpation chirurgicale, par MM. M. David, H. Hecaen, P. Passouant et J. Talairach.

A propos de cette observation les auteurs insistent sur la valeur localisatrice des auras ou des équivalents comitiaux à type de troubles du schéma

corporel. Ce cas constitue aussi un document pour l'étude de la douleur d'origine corticale. La disparition des troubles après extirpation de l'angiome est à souligner, les cas analogues étant encore rares.

Hémiatrophie faciale avec sclérodermie consécutive à une pleurite du sommet, par MM. A. Charlin et P. Passouant.

Hémiatrophie linguale au cours d'un syndrome algique aigu de la région cervico-occipitale, par MM. E. Krebs et R.-P. Tlotot.

Jeune femme qui, au cours d'un syndrome algique cervico-occipal avec immobilisation de la tête, a présenté une hémiatrophie linguale homolatérale. Aucun autre signe n'a été décelé et la ponction lombaire est normale. La radiographie révèle un pincement de la synoviale, preuve d'arthrite occipito-atloïdienne. Le XII a dû être atteint dans le canal condylien antérieur ou à la partie supéro-externe de l'articulation. Les auteurs admettent avec quelques réserves l'origine rhumatismale du syndrome.

Spasme du cou en rétrocolis traité par radicotomie antérieure bilatérale, par MM. Fénelon, F. Thiébaut et R. Klein.

Malade atteint depuis 3 ans de torticolis l'obligeant à maintenir constamment la main sur la joue, ce geste antagoniste étant seul capable de faire cesser le spasme. La section des 3 premières racines cervicales antérieures, pratiquée des deux côtés en raison du rétrocolis, a fait disparaître le spasme. Il est trop tôt pour parler de guérison définitive, mais ce traitement est le seul qui se soit montré efficace.

Névralgie du nerf honteux interne rebelle depuis 20 ans guérie par la radicotomie postérieure de S 3, par MM. S. de Sèze, J. Guillaume et S.-H. Surmand.

Observation d'une femme présentant depuis la ménopause des douleurs névralgiques vulvo-clitoridiennes devenues subintrantes que la section du nerf honteux interne n'avait pas calmées, mais qui ont disparu par la section bilatérale de la racine postérieure S 3. L'intervention n'a produit qu'une zone minime d'hypoesthésie clitoridienne et vulvaire antérieure, sans trouble sphinctérien.

Séance du 6 juin 1946

Présidence : M. H. SCHAEFFER, président

A propos de trois observations de méningite tuberculeuse avec très forte hyperalbuminose rachidienne (liquide xanthochromique, syndrome de Froin, dissociation albumino-cytologique), par MM. R. MOREAU, G. BOUDIN, R. CLER et GRAVELEAU.

3 cas de méningite tuberculeuse dans lesquels le caractère xanthochromique du liquide, l'hyperalbuminose (5, 8 et 14 gr.), l'impossibilité de mettre le bacille en évidence dans le liquide pouvaient prêter à erreur. Les auteurs rapprochent les caractères anormaux du liquide de l'état particulier des méninges de la base avec un enduit gélatiniforme enserrant l'émergence des nerfs craniens.

Lésions cérébelleuses et troubles vestibulaires, par M. J. THIERS.

Les résultats des épreuves vestibulaires fournissent une indication importante pour le diagnostic du siège des lésions cérébelleuses. Les troubles vestibulaires manquent dans les lésions des lobes latéraux et des pédoncules cérébelleux supérieurs et moyens ; il sont associés aux troubles cérébelleux dans les lésions bulbaires et dans celles qui touchent ou avoisinent le noyau du toit.

Deux cas d'hémiplégie cérébelleuse traumatique, par M. J. THIERS.

2 cas d'hémiplégie cérébelleuse dus à des blessures par éclat d'obus : 1 cas d'hémiplégie pure, lobaire, homolatérale ; 1 cas d'hémiplégie cérébello-pyramidale homolatérale droite avec hémianesthésie totale en avant, partielle en arrière, limitée à la ceinture pelvienne et au membre inférieur. Dans ce dernier cas, l'éclat était entré au niveau de la région sus-orbitraire gauche, avait cheminé à la base du crâne et était venu se loger dans la protubérance à 15 mm. en dehors de la ligne médiane.

Méningite pneumococcique après encéphalographie gazeuse par voie lombaire ; guérison par la pénicilline, par MM. H. ROGER et M. DELAAGE de (Marseille).

Observation d'un sujet ayant des séquelles d'encéphalopathie infantile chez qui l'on pratiqua une encéphalographie gazeuse par voie lombaire : un syndrome méningé pneumococcique se déclara très rapidement mais fut guéri en 8 jours par la pénicilline.

Transformation après un traumatisme cranien d'un diabète sucré en diabète insipide chez un acromégale myopathique et aréflexique, par MM. H. Roger, A. Mouren et P. Roussel (de Marseille).

Observation d'un malade de 27 ans soigné depuis plus d'un an pour diabète sucré chez lequel, après une chute de plusieurs mètres, la glycosurie disparut aussitôt et fut remplacée par un diabète insipide. Le sujet est atteint d'une acromégalie typique à laquelle il faut rattacher les diabètes sucré et insipide. Il présente aussi une atrophie du type myopathique. L'aréflexie des membres inférieurs paraît plus en rapport avec la myopathie qu'avec une polynévrite diabétique.

Surdité unilatérale centrale et dysréflexie vestibulo-oculaire croisée. Contribution à l'étude des troubles des voies cochléaires et vestibulaires centrales, par MM. J.-A. Barré, Greiner et Mlle Freyd.

Les auteurs rapportent un cas de surdité et de troubles vestibulaires unilatéraux apparus brusquement chez un sujet indemne de tout passé otologique. L'existence d'un état de dysréflexie vestibulo-oculaire croisée typique donne à penser que la lésion causale occupe la calotte de la région pontopédonculaire, siège du chiasma des voies vestibulaires centrales, où passent aussi les voies cochléaires au-dessus de leur entrecroisement.

Du diagnostic des gros anévrysmes intracraniens de la carotide interne, en l'absence de souffle vasculaire, par MM. F. Thiébaut, R. Trotot et J. Taptas.

A part l'artériographie, les signes radiologiques sont trompeurs. Les lésions des ailes du sphénoïde peuvent s'observer dans d'autres processus. La ventriculographie, dans 2 cas, n'a pas décelé l'anévrysme. Le diagnostic repose sur la clinique : association d'ophtalmoplégie, d'atteinte du II et du V du côté de l'anévrysme et parfois de paresthésies ou de parésies des membres opposés. Le début classiquement progressif peut être brusque.

Syndrome de Fœrster familial. Constatations encéphalographiques, par MM. J. Delay, P. Pichot et Leroy.

Malade de 7 ans atteinte de syndrome de Fœrster typique avec oligophrénie, atonie et astasie. Un frère et une sœur présentent le même syndrome, 2 autres sœurs sont indemnes. L'encéphalographie montre une image d'atrophie corticale diffuse. Cette observation suggère de diviser le syndrome de Fœrster en un syndrome secondaire à une encéphalopathie infantile et en une maladie familiale autonome.

Myasthénie bulbo-spinale et énervation sinu-carotidienne bilatérale ; présentation d'une malade deux ans après l'opération, par MM. A. Thevenard et L. Léger.

Malade qui, atteinte en 1943 de myasthénie grave avec troubles respiratoires alarmants, fut traitée par l'énervation sinu-carotidienne unilatérale.

L'amélioration se manifesta 2 jours après et, au bout de 6 mois, la malade put reprendre son travail sans aucun traitement. Une rechute en 1944 fut traitée par l'énervation de l'autre sinus ; l'amélioration commença le 8e jour et la malade put reprendre peu à peu une vie presque normale avec de faibles doses de prostigmine. L'amélioration se maintient 23 mois après la seconde opération.

Dyskinésie volitionnelle d'attitude des muscles de la ceinture scapulaire par subluxation antérieure intermittente de la tête humérale congénitalement déformée, par MM. R. GARCIN, G, HUC. S. GODLEWSKI et FOURESTIER.

Les auteurs soulignent l'intérêt pratique de ce cas ; ils insistent sur les signes cliniques (dépression sous-acromiale rétrocéphalique dans les attitudes déclenchant les spasmes) et radiologiques qui ont permis d'éviter de considérer cette malade comme atteinte d'une affection neurologique. Traitée par l'intervention d'Oudard, la malade reste guérie depuis 2 ans 1/2.

Etude clinique, psychologique, électro-encéphalographique et électrocardiographique d'un cas d'hémihypertrophie faciale avec hyperpigmentation mélanique chez un épileptique oligophrène, par MM. L. CORNIL, M. SCHACHTER et H. GASTAUT.

Observation d'un enfant de 3 ans, débile mental, présentant une hémihypertrophie faciale gauche avec pigmentation sans lésions osseuses, s'accompagnant de crises jacksoniennes droites. L'électro-encéphalographie montre une dysrythmie du type psycho-moteur en foyer localisé dans la région frontale droite. Les auteurs rattachent ce cas à la mélanoblastose neuro-cutanée segmentaire.

Amyotrophie myélopathique distale du type Charcot-Marie s'accompagnant d'ataxie et d'un mal perforant plantaire, par MM. Th. ALAJOUANINE, J. SICARD et J. SCHERRER.

Observation d'un sujet atteint d'amyotrophie Charcot-Marie avec des troubles de la sensibilité profonde d'une intensité exceptionnelle, chez qui l'on constate un mal perforant plantaire avec des lésions articulaires métatarso-phalangiennes, très amélioré par la sympathectomie.

Traitement des abcès cortico-méningés, par MM. J. LE BEAU et M. FELD.

2 cas guéris de cette variété extrêmement grave d'abcès dont on ne connaissait pas de guérison avant la pénicilline ; l'un est survenu chez un enfant de 9 ans après une rougeole ; l'autre correspondait à l'infection d'un hématome sous-dural et fut traité par l'injection de pénicilline dans la poche à travers un trou de trépan, puis par l'extirpation de l'hématome.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

PSYCHIATRIE

Adolf Hitler. Essai de biographie psycho-pathologique, par le Dr F. Achille-Delmas (1 vol. 260 pages, Marcel Rivière et Cie édit., Paris 1946).

Ce livre plein d'actualité, consciencieusement documenté, sera lu par tous avec un vif et légitime intérêt. Intérêt double car l'ouvrage comprend une partie historique anecdotique qui ne peut laisser indifférent aucun de nos contemporains, mais nos lecteurs liront avec une attention particulière l'étude psycho-pathologique et les conclusions de l'auteur.

C'est toujours une tâche ardue, délicate, audacieuse, que d'énoncer un diagnostic d'après des documents. C'est une difficulté supplémentaire lorsqu'il s'agit d'événements contemporains dont on a subi les douloureuses conséquences. Tant de faits ne sont exactement connus que longtemps après, faits intéressants, témoignages, ou détails qui peuvent avoir leur importance. Que trouvera-t-on, par exemple, lorsqu'ils seront publiés, dans les comptes rendus des longues et nombreuses séances du Tribunal international de Nuremberg ? Des langues aussi pourront se délier. Quel psychiatre encore n'est averti de l'infidélité du témoignage ? M. Achille-Delmas a pris garde à ces écueils, n'appuyant ses dires que sur des faits connus de tous, sur des écrits ou des propos autobiographiques, sur des témoignages oraux ou imprimés présentant les meilleures garanties. Il est vrai, pourtant, que l'on pourra mettre en doute dans bien des cas la sincérité de l'autobiographie tendancieuse d'un auteur qui a toujours considéré le mensonge comme une arme légitime et la propagande comme une condition indispensable de succès. Il est vrai encore que les témoignages contemporains peuvent difficilement se dégager des états affectifs variés, amour, admiration, déception, jalousie, terreur, haine, vengeance, sous l'influence desquels ils ont été écrits. Mais

M. Achille-Delmas s'est manifestement attaché à n'utiliser que les documents présentant le maximum de crédibilité.

Sur ces bases, l'auteur a rassemblé des faits biographiques avant d'étudier la personnalité psycho-pathologique et son évolution, groupant en des chapitres successifs les propos et les faits qui, à la lumière de la doctrine des constitutions, l'amènent à poser un diagnostic sur pièces de délire hypomaniaque (page 218) sur un fond de déséquilibre cyclothymique. Ces quelques mots ne résument d'ailleurs que fort incomplètement la pensée de M. Achille-Delmas, qui a successivement examiné tous les éléments de la personnalité dans des chapitres que l'on devra lire et où il expose, avec clarté, ses raisons appuyées sur des textes justificatifs judicieusement assemblés. Sans doute pourra-t-on un jour confronter cette opinion, en rapport avec les vues psychiatriques de l'auteur et les éléments dont il dispose, et l'opinion de psychiatres ayant approché le sujet ou même ayant vécu dans son intimité.

Cet abrégé d'histoire contemporaine, d'histoire centrée autour d'une personnalité dont l'influence sur les événements fut évidente, laisse cependant le doute que cette influence ait été aussi considérable ou, plus exactement, aussi exclusive qu'il apparaît. Il est sans doute superflu de rappeler qu'une situation exceptionnelle ne nécessite pas toujours des dons exceptionnels. C'est un bien grand mot que celui de « génie ». Le prestige de la réussite est tel que ceux qui y assistent ont tendance à en attribuer le mérite à qui réussit. Est-ce toujours légitime ? Le succès d'un tribun populaire déclarant lui-même qu'il n'y a « rien à faire avec les gens cultivés » semble tenir beaucoup plus à la foule dont il flatte les instincts qu'à lui-même. N'est-ce pas la psychologie de cette foule dont l'étude serait la plus importante ? Un « succès » de ce genre (si l'on ose considérer comme un succès ce qui n'est que la phase préparatoire d'un désastre sans précédent), ne s'expliquerait-il pas suffisamment par le fait qu'issu des masses populaires dont il exprime les désirs manifestes et irréfléchis de revanche et de domination, lancé par des hommes politiques et par des hommes d'affaires qui se servent de lui jusqu'au moment où ils l'ont eux-mêmes rendu assez fort pour devoir compter avec lui, un tribun, porté par la foule qui se reconnaît en lui, puisse arriver au pouvoir ? S'y maintenir ensuite est le fait de l'aveugle faveur populaire à qui la victoire est promise en échange, l'œuvre de conseillers techniques associés aux mêmes desseins ou intéressés à assurer leur propre situation, le résultat aussi de la terreur et de l'absence totale de scrupules. Ne peut-on légitimement émettre l'hypothèse que l'état d'esprit de cette foule aurait pu tout aussi bien, et pourrait encore, faire sortir de ses rangs un autre chef, plus ou moins médiocre, servi par des militaires dont l'unique souci fut, à toute époque, la conquête ?

Cela ne diminue en rien, bien au contraire, le grand intérêt d'un livre sans la lecture duquel rien ne pourra désormais être écrit ayant le même objet. Mais l'étude psychologique d'un sujet et de ses réactions appelant comme corollaire l'étude des circonstances et du milieu, cette étude complémentaire revêt ici une particulière importance. Si, en effet, c'est bien l'état d'esprit de la masse qui fut de cette période historique l'élément le plus agissant, comme l'on peut être tenté de le croire, des conclusions s'imposeront qui dépassent le cadre de cette étude.

René Charpentier.

De l'artériosclérose cérébrale à formes mentales, par Mme Leulier-Barat (*Thèse* de Paris, 171 pages, Foulon édit.. Paris 1945).

L'étude des formes mentales symptomatiques d'artériosclérose cérébrale n'a donné lieu jusqu'alors qu'à de rares recherches. Dans son importante thèse, Mme Leulier-Barrat a entrepris de décrire les formes et l'évolution de ces manifestations, dont le diagnostic différentiel avec les troubles séniles et préséniles est si souvent difficile.

L'auteur étudie d'abord les troubles de l'humeur et du caractère, qui sont à la fois les plus constants et les plus précoces ; leur apparition traduit toujours un fléchissement instinctivo-affectif et ils s'accompagnent le plus souvent d'un début d'affaiblissement intellectuel. Les états dépressifs se présentent sous des formes pseudo-neurasthéniques, anxieuses ou mélancoliques. Quand des phases d'excitation maniaque s'intriquent avec ces états, le diagnostic avec la psychose maniaque-dépressive peut présenter des difficultés. Les états confuso-oniriques sont fréquents et laissent après chaque accès un affaiblissement psychique plus marqué. Les réactions paranoïaques et les délires hallucinatoires font parfois suite aux ictus. La démence artérioscléreuse constitue la forme évolutive la plus grave ; elle s'accompagne généralement de troubles neurologiques organiques ; elle peut prendre la forme de pseudo-paralysie générale, de pseudo-maladie de Parkinson.

Pour Mme Leulier, les troubles mentaux sont toujours déterminés par la lésion de la cellule nerveuse et des fibres périvasculaires, lésion secondaire aux troubles de l'irrigation cérébrale, contrairement aux lésions de la démence sénile pure, des maladies de Pick et d'Alzheimer, qui consistent en une dégénérescence primitive des éléments nerveux. Il faut aussi faire intervenir dans certains cas l'hypertension artérielle et les processus toxi-infectieux.

Cette thèse constitue une bonne mise au point des manifestations psychiques de l'artériosclérose cérébrale. Il faut savoir gré à l'auteur de s'être particulièrement attaché à décrire les symptômes mentaux à la période de début de l'artériosclérose, à cette phase où le diagnostic en vue d'une thérapeutique sérieuse est parfois si délicat.

L. Marchand.

Le mécanisme des troubles perceptivo-associatifs en rapport avec l'origine de l'hallucination et du délire (étude physio-pathologique), par K. Agadjanian, ancien professeur de Clinique neuro-psychiatrique de l'Université russe de Varsovie, *Préface* du professeur P.-M. Laignel-Lavastine, membre de l'Académie de médecine (1 brochure in-8°, 138 pages, J. Peyronnet et Cie édit., Paris 1946).

Résumant dans cette brochure des recherches poursuivies pendant quarante années, le professeur K. Agadjanian examine les manifestations hallucinatoires dans le cadre des phénomènes perceptivo-associatifs considérés comme une entité fonctionnelle. Non seulement il considère l'hallucination comme un phénomène naissant de l'union de la perception d'un objet irréel avec une croyance intime en la réalité de cet objet, mais il estime nécessaire que la perception visuelle de l'objet, ainsi que les impressions acoustiques, etc., aient une esthésie réelle. La réalité de la perception

sans objet devra donc être reconnue comme la condition principale caractérisant le phénomène hallucinatoire.

De ces perceptions sans objet, M. K. Agadjanian examine d'abord le mécanisme physio-pathologique. Puis, après l'examen clinique des hallucinés, il étudie le caractère de leurs différentes perceptions pour aborder ensuite l'étude spéciale du délire et des différentes manifestations mentales, émotives et volitionnelles des hallucinés. Il consacre un important chapitre à l'étude des perceptions du corps et du monde extérieur pendant les visions et l'état hallucinatoire, à l'étude en particulier des post-images, indiquant la technique de ses recherches personnelles et insistant sur l'utilité de la recherche des chronaxies comme de l'examen électro-encéphalographique, cela surtout pendant l'état hallucinatoire. Les troubles, chez les hallucinés, du sentiment de l'espace et du sentiment de la durée, présentent un intérêt particulier et « c'est l'étude de la durée dans les fonctions nerveuses qui nous promet une meilleure compréhension du mécanisme des visions ».

L'élément esthésique entre dans la structure de toutes les images et même dans la pensée la plus abstraite, ajoute M. K. Agadjanian, qui étudie ensuite les esthésies du délire, la psychogénèse, les troubles du jugement. Il conclut que les troubles perceptifs et les troubles associatifs ne dépendent pas les uns des autres tout en étant les « manifestations » d'un même terrain : « ce sont les changements des manifestations de la même entité fonctionnelle perceptivo-associative ».

Le rôle des troubles neuro-végétatifs dans la pathologie de la vie affective et dans l'origine des variations des fonctions perceptivo-associatives a fait l'objet des recherches de l'auteur, qui considère le réflexe galvano-psychique comme une réponse du système neuro-végétatif aux facteurs affectifs. Des considérations sur les phénomènes volitionnels et l'initiative personnelle chez les hallucinés, les troubles de fixation et de reproduction (hallucination de la mémoire, terme à réviser entièrement) et sur l'état de la conscience chez les différents hallucinés, terminent cet important exposé, très documenté, des intéressants travaux personnels de l'auteur, dont la conclusion est que la méthode expérimentale contribue désormais à l'étude de la théorie de la connaissance.

René Charpentier.

Cinq années de sous-alimentation en milieu psychiatrique. Syndromes ostéo-myo-pathiques de carence, par Pierre Doussinet et Yvan Roussel (1 brochure in-8°, 72 pages, Imprimerie générale Jean de Bussac, Clermont-Ferrand, 1946).

La mortalité élevée observée dans les hôpitaux psychiatriques pendant la récente guerre sous l'influence de la sous-alimentation, a fait de ces établissements un lieu d'élection pour l'observation des accidents de carence. Après avoir rappelé les principaux de ces accidents, syndromes anémiques, crises de météorisme abdominal aigu, diarrhées au sujet desquelles MM. Pierre Doussinet et Yvan Roussel insistent sur l'importance du « facteur nerveux », œdèmes et syndromes ostéo-malaciques, c'est à cette dernière variété que les auteurs consacrent la seconde partie de cette monographie.

Des syndromes ostéo-myo-pathiques de carence, ils étudient successivement l'évolution clinique générale puis, à l'aide d'épreuves diverses, la séméiologie de l'impotence fonctionnelle à prédominance unilatérale presque constante,

les altérations osseuses résultant d'un trouble profond du métabolisme calcique et associées à l'atteinte musculaire que traduisent l'impotence fonctionnelle et l'amyotrophie. Après l'étude anatomo-pathologique d'un cas de syndrome ostéo-myo-pathique à la période cachectique, ce mémoire se termine par l'exposé des facteurs épidémiologiques de la mortalité anormale constatée pendant ces pénibles années d'une sous-alimentation globale prolongée et d'une véritable famine lipidique et calcique.

De nombreuses figures illustrent le texte et des tableaux montrent bien la pauvreté des rations alimentaires des hospitalisés de 1941 à 1945.

R. C.

Sur la condition sociale des malades mentaux, par le Dr Irène Opolon, licenciée ès-lettres (1 vol. in-8°, 120 pages, Maloine édit., *Thèse* Paris 1943).

Dans cette thèse, inspirée par le regretté Jacques Vié, dont les intéressants travaux sur la condition sociale des malades mentaux sont bien connus de nos lecteurs, Mme Irène Opolon, qui fut sa collaboratrice, apporte une très utile contribution à l'étude des conditions de vie de nos malades. Mettant en parallèle les conduites psycho-sociales (dont elle signale les perturbations) et les institutions sociales fondamentales (famille, mariage, travail), elle s'efforce de dégager les fondements de la personnalité, lesquels, suivant l'expression de M. Pierre Janet, sont bio-psycho-sociaux, d'établir aussi la part des responsabilités sociales dans les prises d'attitudes vicieuses qui sont à la base des conduites troublées et de leurs répercussions familiales, professionnelles, etc. Il est, à l'heure actuelle, peu de problèmes médico-sociaux plus importants.

L'origine des malades (anatopiques, transplantés, déracinés), leurs rapports avec l'ambiance (isolement, milieu familial, vie conjugale, facteurs sociaux) et avec des groupements divers résultant du besoin d'encadrement de nombreux psychopathes (associations politiques, religieuses, d'occultisme), les problèmes du travail, de la profession, du chômage, des conditions de vie, la rupture psychopathique du lien social qui unit l'individu à la collectivité, rupture qui conduit à l'éviction et à l'internement dont Mme Irène Opolon dégage les motifs (tout en montrant bien qu'il pourrait être souvent évité ou moins prolongé) sont successivement passés en revue à l'aide de 49 observations de malades. En conclusion, « la rupture du contrat social vient de la collectivité chaque fois qu'elle refuse, par son organisation, les conditions préalables indispensables pour assumer le rôle social. Le chômage en est un exemple pour l'individu : il en est de même de la famille lorsque l'ensemble des conditions de vie élimine du foyer les débiles, les séniles, les déficients légers de toute sorte... Ce sont les facteurs sociaux qui déterminent, en premier lieu, la qualité même d'aliéné. »

Aussi s'imposent tout d'abord des mesures d'hygiène et de prophylaxie dont l'effort doit porter sur la surveillance et l'assainissement de l'ambiance à domicile par des services d'assistance sociale sous contrôle médical, le dépistage précoce des troubles mentaux légers et des prédispositions, des insuffisances, puis le triage des malades et leur orientation sur des établissements soigneusement spécialisés et adaptés à leur but, la multiplication des services libres et des dispensaires, la réintégration du malade dans le milieu social sous surveillance quand et dès qu'elle est possible. Tous les

psychiatres seront d'accord avec l'auteur pour réclamer — une fois de plus — ces mesures dont la réalisation tarde tellement. Moins facile à réaliser peut paraître le souhait de Mme Opolon d'une « décentralisation de la vie qui rendrait possible une organisation de l'existence individuelle plus en rapport avec les possibilités et les besoins psychiques de chacun ».

René CHARPENTIER.

Etude sur la criminalité de François Villon, par le Dr Pierre-Bernard SCHNEIDER (1 brochure in-8°, 80 pages, Payot édit. *Thèse*, Lausanne, 1944).

Inspiré par le professeur W. Boven, de Lausanne, et écrit sous sa direction, cet intéressant travail, très documenté, a pour objet de chercher à interpréter, à expliquer à l'aide des notions actuelles de criminologie quelques faits connus de l'existence aventureuse du génie que fut François Villon. M. P.-B. Schneider rappelle d'abord les opinions exprimées par Auguste Longnon, Marcel Schwob, Pierre Champion, R.-L. Stévenson, André Suarès, Francis Carco, R. Yve-Plessis, Louis Charpentier, Cesare Lombroso, Bédier et Hazard, etc., pour la plupart sans indulgence. Pour M. P.-B. Schneider, François Villon fut, avant tout, un faible, de corps et de caractère, jouisseur sans volonté et, en un certain sens, un débile moral. Mais à ces traits caractérologiques s'associèrent des circonstances particulières, l'influence néfaste de milieu.

Résumant les enseignements actuels de la criminologie, rappelant les étapes de la vie de Maître François, né en 1431, licencié de la Faculté des Arts de l'Université de Paris, mais lié à un monde louche, à une époque où la licence des mœurs était sans doute plus large que de nos jours, l'auteur examine ensuite les méfaits relatés par Villon lui-même ou tels qu'ils figurent dans les textes de procès-verbaux d'audition, leur réalité, leurs circonstances, leurs mobiles.

Puis, abordant, selon le schéma de W. Boven, l'étude du caractère, il met en relief la morphologie du poète telle que lui-même l'a décrite, déshéritée, misérable, sa vie instinctive et amoureuse, son attitude envers soi-même, son attitude envers ses proches et envers les autres hommes, son attitude envers les choses, son attitude envers la religion.

Des facteurs exogènes qui expliquent la criminalité, et de l'étude du sujet, se dégage la conclusion que François Villon fut un caractère faible aggravé par une éducation déplorable et que tout diagnostic de maladie mentale doit être écarté. Villon ne fut pas davantage, comme on l'a cru, un criminel né ou un criminel par tendance. « Le caractère », ainsi que l'a écrit W. Boven, « est le produit d'un homme et d'un milieu ». Nombreux sont ainsi les criminels par faiblesse de caractère.

René CHARPENTIER.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

La croyance délirante, par Pierre Janet (*Revue suisse de psychologie et de psychologie appliquée*, vol. IV, n° 3/4, 1945).

Après avoir analysé dans des travaux antérieurs la croyance religieuse, la croyance scientifique, la croyance historique, le professeur Pierre Janet analyse ici la croyance délirante.

Le délire est essentiellement une forme anormale de narration de certains événements de la vie, mais ce n'est pas seulement une narration : il est une croyance dont M. Janet rappelle les caractères psychologiques : énoncé verbal, réalisation par un acte moteur. Attirant alors l'attention sur un phénomène important qui joue un grand rôle dans les croyances, le phénomène de la réalisation et celui de la non-réalisation, le professeur Pierre Janet étudie ces troubles de la réalisation, dont il rappelle des exemples. Il montre que dans tous ces cas le mécanisme est au fond le même. C'est une angoisse plus ou moins visible qui amène la fugue de l'acte, la suppression de la croyance et même de la dénomination. S'il peut apporter au sujet un soulagement momentané en supprimant une représentation difficile, ce phénomène de la non-réalisation est lui-même le point de départ de bien des troubles. L'obsession par exemple n'est autre chose qu'un effort exagéré et indéfini de croyance pour échapper aux difficultés de la non-réalisation.

La conséquence la plus fréquente et la plus importante de la non-réalisation, c'est la transformation de la proposition verbale proposée à la croyance et la construction du délire par l'interprétation. Il ne faut pas attacher une trop grande importance à toutes les substitutions qui sont des superstructures du délire et il faut retrouver au-dessous les non-réalisations qui sont l'essentiel de la maladie et qui sont souvent plus ou moins dissimulées. C'est de ces non-réalisations, de leur importance psychologique que dépend souvent la gravité de la maladie, c'est contre elles que doit être dirigé, quand cela est possible, le traitement psychologique.

R. C.

Quelques points de la psychologie des anxieux. La dissonance idéo-affective douloureuse. Mythomanie et prosélytisme anxieux. Les sur-simulations de justification. Le refuge dans le passé, par Léon Michaux (*La semaine des hôpitaux de Paris*, 28 août 1945).

M. Léon Michaux s'élève contre cette idée qu'émotivité et anxiété seraient de simples degrés d'un processus affectif univoque. Une genèse différente exogène, psychologique et par là relativement rationnelle pour l'émotivité, endogène parce que cénesthésique, instinctive au maximum pour l'anxiété, commande des manifestations intermittentes puisque conditionnelles dans

le premier cas, ou permanentes parce qu'inconditionnelles dans le second cas.

M. L. Michaux étudie successivement l'analyse du symptôme anxiété, la psychologie de l'anxieux constitutionnel (dissonance douloureuse individuelle, idéo-affective, et sociale), le comportement de l'anxieux à travers les divers états psychopathiques. Il rappelle en terminant l'extraordinaire et singulière rareté des psychoses réactionnelles et montre comment, dans le traitement de l'anxiété, il doit être tenu compte de la dissonance idéo-affective et sociale.

R. C.

La narco-analyse psycho-somatique, par Jean Delay, P. Desclaux et S. Shentoub (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 29 mars 1946).

Les auteurs rapportent les résultats obtenus chez 125 malades atteints de névroses, par la narco-analyse sous pentothal sodique (245 R. P.), préconisée par Horsley. Ils décrivent sous le nom de narco-analyse psycho-somatique une nouvelle technique, à la fois méthode d'exploration et méthode thérapeutique. La méthode d'exploration consiste à observer dans l'état hypnagogique produit par le narcotique injecté par voie intraveineuse, non seulement le langage du malade et les réactions verbales qui se trouvent alors libérées, mais la mimique émotionnelle, les gestes, les attitudes et tout le comportement somatique. La méthode thérapeutique consiste à faire prendre conscience au malade de la motivation psychologique de ses manifestations morbides (narco-synthèse), en se servant de l'analyse de ses propres locutions et de ses propres gestes, interprétés en fonction de la signification de ces locutions et de ces gestes dans la psychologie sociale. Il s'agit d'une méthode utilisant les ressources de diverses psychothérapies, hypnose et psychanalyse, techniques de Freud et de Jung.

Les auteurs soulignent l'efficacité de la méthode et la rapidité, parfois extraordinaire, des cures obtenues.

R. C.

Narco-analyse psycho-somatique et médecine psycho-somatique, par Jean Delay, P. Desclaux, et S. Shentoub (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 29 mars 1946).

Résultats obtenus par la narco-analyse psycho-somatique dans le traitement des névroses psycho-somatiques, qu'il s'agisse de désordres somatiques liés à une névrose émotionnelle, relevant de la narco-analyse simple, qu'il s'agisse de désordres somatiques liés à une névrose caractérielle, relevant de la narco-analyse en profondeur.

Les auteurs insistent sur la nécessité, pour poser les indications de la narco-analyse psycho-somatique, d'un examen approfondi du malade au double point de vue somatique et psychologique.

R. C.

La question de l'hypnotisme, par Georges PARCHEMINEY (de Paris) (*Revue suisse de psychologie et de psychologie appliquée*, vol. II n° 2, 1944).

Très intéressante étude historique et critique de l'hypnotisme dont il n'est possible de donner ici que quelques conclusions. M. Georges Parcheminey assimile l'hypnotisme à une sorte de névrose expérimentale à forme de régression instantanée, d'une durée et d'une intensité limitées. C'est surtout dans les races primitives ou peu évoluées que l'on peut observer à l'état de pureté les phénomènes hypnotiques. Ils sont facilités par ce facteur important de régression qu'est l'élément d'ambiance collective. Leur meilleur terrain est l'hystérie, dont la psychanalyse a montré le caractère de fixation inconsciente à des stades infantiles du développement de la personnalité. Les attitudes motrices de l'hypnotisé témoignent d'un processus régressif sous forme d'inhibition des zones corticales de l'écorce. Les troubles sensitifs ou sensoriels traduisent la diminution de la finesse des analyseurs sensoriels, un retour à des réflexes conditionnés moins différenciés. L'auteur note encore les analogies des mécanismes psychologiques du rêve et de l'hypnose. Pour lui, le peu d'intérêt attaché actuellement en France à l'étude de l'hypnotisme serait dû « à la défaveur liée à la question de l'hystérie ».

René CHARPENTIER.

Complexité de la nature humaine, par le Dr Henri FLOURNOY, chargé de cours de psychologie médicale à la Faculté de médecine de Genève (*Gesundheit und Wohlfhart, Revue suisse d'hygiène*, avril-mai 1946).

Devant certaines aberrations pathologiques, on ne peut s'empêcher, écrit M. Henri Flournoy, à propos d'un cas de délire systématisé à base d'interprétations délirantes et de troubles cénesthésiques, d'être surpris de la complexité de la nature humaine. Il fait remarquer le contraste entre l'évidente absurdité des allégations de la malade et son jugement pour tout ce qui ne touche pas au délire (chez une femme de 76 ans ayant manifesté jusqu'alors un équilibre parfait sans aucune tendance paranoïaque), le contraste aussi entre le niveau de la personnalité intellectuelle et morale et le contenu des idées délirantes, l'absence de tout symptôme d'affaiblissement intellectuel sénile.

Rappelant un cas publié antérieurement par lui-même, l'auteur tient à préciser sa pensée : si l'examen de l'état physique ne doit jamais être négligé, il subsiste, quelle que soit l'étiquette clinique des cas, une série de facteurs qui ne sauraient être formulés en termes de structures anatomiques ou de fonctions endocriniennes et relèveront toujours de la psychologie. Conscients ou inconscients, souvent fort embrouillés et délicats, ils posent des problèmes intéressants mais difficiles et témoignent de la complexité de la nature humaine.

R. C.

A propos de la « réalisation ». Problème de l'existence et d'hygiène mentale, par Eug. MINKOWSKI, de Paris (*Gesundheit und Wohlfhart, Revue suisse d'hygiène*, avril-mai 1946).

Le mot « réaliser » est pris ici non pas dans le sens de réaliser un projet, mais dans le sens de « prise de contact pleine et entière avec la réalité ».

Il implique « la participation de tout notre être pour autant que lui-même ressortit à la réalité ». Quand même nous ne serions pas faits pour réaliser entièrement, nous sommes faits pour réaliser plus ou moins et cette relativité nous suffit.

Mais la réalisation des événements extérieurs peut être perturbée par un choc brutal, aigu, instantané. Ce trouble peut aussi avoir, de par ses origines, un caractère moins aigu, chronique et différent. A l'occasion des événements douloureux de ces dernières années, on a pu observer des troubles profonds de la « réactivité », sorte d'endolorissement, d'anesthésie affective. Si, en apparence, il s'agit d'indifférence, ce n'est pas comme dans la série schizothymique une indifférence distante et froide, où le facteur dissociatif s'accompagne d'une rupture réelle du contact vital avec la réalité : mais, conséquence d'épreuves à tel point monstrueuses qu'elles ont cessé d'être douloureuses, il existe, associé à l'engourdissement affectif, un abaissement global du « standing » de la vie humaine. Anesthésie affective qui ne se limite pas au passé qui l'a créée mais se manifeste parfois à l'égard des faits positifs ultérieurs de la vie quotidienne.

Pour retrouver sa personnalité, une phase de réalisation sera nécessaire, plus douloureuse peut-être au sujet que les épreuves qui ont abouti à la profonde détérioration de son être. Certes, moins encore qu'ailleurs, la « réalisation » ne saurait ici être complète tant les épreuves, tant les faits sont inconcevables.

Et nous qui, tous, avons souffert, pendant de si longues années, bien que nos épreuves ne puissent se comparer à celles de tant de victimes, sommes-nous capables de « réaliser », pour juger humainement ? Nous ne le pouvons guère, tant est grand le barrage dressé par la main des hommes entre l'être humain et la vie. Et si, comme l'on dit, « nous manquons d'hommes », c'est sans doute que la destinée humaine a encore, pour l'instant, trop à leur demander. L'homme n'atteint pas une réalité qui le dépasse.

L'essentiel sera que l'être humain se retrouve, s'affirme. « Il s'agit de panser les blessures, de réadapter à l'effort, de restituer l'être humain dans ses droits. »

Puisse l'auteur être entendu, compris et exaucé !

R. C.

Evénements et psychoses, par le professeur Vermeylen (*Journal belge de neurologie et de psychiatrie*, mai-juin 1943).

Dans ce mémoire posthume, le regretté professeur G. Vermeylen étudie d'après les observations recueillies dans le service de psychiatrie dont il fut, à l'hôpital Brugmann, de Bruxelles, le premier et très distingué directeur, l'effet sur la population civile d'une grande ville des événements de la triste année 1940. Les chiffres apportés vérifient une fois de plus qu'en pleine crise économique, morale et politique, le nombre des malades mentaux hospitalisés diminue « massivement ». Si certains états mentaux pathologiques ne sont pas influencés par les événements (débilité mentale. déséquilibre mental, paralysie générale, toxi-infectieux, épilepsie, bien que la recrudescence de l'épilepsie pendant les périodes de grande émotion collective ait été signalée), la diminution des entrées pour alcoolisme est considérable, cela à cause de la pénurie et du coût élevé des boissons alcooliques. Les difficultés croissantes de la vie rendent plus fréquente l'hospita-

lisation des démences d'involution, organiques, artério-scléreuses ou séniles. Mais le chiffre des admissions a également diminué pour les psychoses délirantes (délires systématisés interprétatifs, hallucinatoires, passionnels), pour les psychoses affectives et pour les psychonévroses. Les tentatives de suicide sont en forte régression chez les hommes, plutôt en augmentation chez les femmes.

En somme, dès le mois de juin-juillet 1940 a été notée une forte diminution des admissions et si cette diminution se retrouve dans toutes les catégories psychiatriques, y compris celle des psychoses affectives (manie, mélancolie, anxiété). Mais, il est à noter qu'au cours des années 1938 et 1939, la tension croissante avait déterminé une proportion progressivement augmentant d'états réactionnels, dans le cadre notamment des psychoses affectives et délirantes. Le soulagement du fait accompli, une certaine détente des esprits tendus par une guerre des nerfs de plus d'un an, l'intérêt suscité par les événements et la diversion qui en résulte, les difficiles occupations de la vie matérielle ont contribué « à effectuer ce retournement de la conscience et à la resocialiser, au moins temporairement ».

Et le professeur G. Vermeylen termine par l'avertissement que cette diminution sera temporaire. Il fait prévoir que, après les hostilités, « le nombre des admissions dans les établissements psychiatriques augmentera à nouveau et même accusera une forte ascension compensatrice pour se stabiliser plus ou moins par la suite ».

René Charpentier.

En relisant Villon (Quelques notes sur son caractère), par W. Boven, de Lausanne (*Journal belge de neurologie et de psychiatrie*, mai-juin 1943).

Dans cette très intéressante analyse de François Villon, d'après sa vie et son œuvre, le professeur W. Boven, s'élevant contre les diagnostics un peu... rapides de divers auteurs, met en évidence la gaminerie du poète, gaminerie licencieuse et fanfaronne, avec recherche du prestige dans le cynisme. Goût du plaisir d'un côté, mais peur de la mort de l'autre. Une impressionnabilité fraîche et vive, un don de sympathie, de l'esprit à revendre, de la fantaisie, de l'aisance, de la virtuosité dans le choix des mots, le don des images, une austérité métrique contrastant avec l'anarchie des mœurs, font de Villon l'ancêtre de bien des poètes et chansonniers français.

M. W. Boven s'attache aussi à montrer la tendance de François Villon à se confesser, à se ridiculiser, à « se déguster moribond », à se contempler pendu. Il dégage la sensibilité et la faiblesse de ce mélange de puérilité attendrie et de bravade criminelle. Le fond est bon. L'homme n'est ni brutal, ni haineux. « La vie crapuleuse de Villon, c'est l'histoire sensationnelle d'une éducation ratée, le drame d'une vie d'orphelin. »

René Charpentier.

Essai d'une systématisation de psychopathologie constitutionnelle évolutive, par S.-P. Cupcea (*Revista de Psihologie teoretica si aplicata*, Sibiu, juillet-septembre 1944).

Les constitutions psychopathiques ne seraient que l'expression finale de l'évolution affectivo-active, la permanence à un âge ultérieur d'une struc-

ture mentale caractéristique d'une période antérieure de la vie. Dans l'évolution psycho-ontogénique, la première enfance étant caractérisée par syntonie et extraversion, la seconde enfance par un égocentrisme mythoplastique, la puberté par l'introversion et l'autisme, l'adolescence par l'autophilie, l'orgueil frustré, l'époque adulte est-elle la période du compromis et de l'adaptation. Si l'évolution psychique s'arrête à l'un des premiers stades, il en résulte des constitutions psychopathiques : cycloïde si l'arrêt se fait au stade de la première enfance, mythomaniaque et perverse par permanence de la structure psychique de la seconde enfance, schizoïde par permanence du niveau affectif-actif de la puberté, paranoïde par permanence de l'étape évolutive de l'adolescence. L'accélération des étapes peut faire du type mental de l'adulte une constitution psychopathique par sa présence aux différentes étapes de l'enfance.

De plus, M. S. P. Cupcea voit dans l'évolution de la structure du corps une confirmation de son intéressante conception. Les différentes constitutions psychosomatiques ne seraient donc que le résultat de la permanence de l'évolution de l'individu à l'une des différentes étapes ontogéniques.

René Charpentier.

L'hérédité de la constitution psychopathique à la lumière des recherches généalogiques, par Gh. Oancea-Ursu (*Revista de psihologie teoretica si aplicata*, Sibiu, juillet-septembre 1944).

Exposé critique des résultats de la méthode statistique pour la démonstration de l'influence de l'hérédité sur l'éclosion des troubles psychopathiques et psychonévrosiques. L'auteur y fait une place à part aux travaux de Galton, tant pour ses recherches généalogiques que pour ses observations sur les séries de jumeaux (80 paires). Ce n'est qu'après une longue période de tâtonnements que des résultats positifs ont pu être obtenus grâce à l'application de la méthode statistique — généalogique et génétique — mendélienne. L'auteur rappelle les résultats obtenus, en particulier pour l'hérédopathologie des constitutions psychopathiques cycloïde et schizoïde et les critique. La méthode doit être perfectionnée, élargie, surtout pour éclairer l'influence du milieu. L'influence du milieu (variabilité péristatique) ne peut être appréciée et isolée des différences génétiques (variabilité génétique) que par la méthode des jumeaux.

René Charpentier.

Notes sur les psychoses du typhus exanthématique, par H. Aubin, médecin-commandant des Troupes coloniales (*Médecine tropicale*, 1945, n° 1).

Après avoir rappelé l'importante contribution du professeur A. Porot à la séméiologie des psychoses du typhus exanthématique (état confusionnel typique, onirisme, automatisme ambulatoire, fréquence des tentatives de suicide), M. H. Aubin insiste sur les difficultés possibles du diagnostic (caractère atypique du syndrome somatique, typhus inapparent) et décrit parmi les psychoses du typhus exanthématique : la confusion mentale prolongée, l'éveil ou le réveil d'une psychose périodique, les séquelles sous forme de psychoses chroniques. Il est des cas où les troubles mentaux précèdent tous les autres symptômes de la maladie, d'autres encore décrits par

M. A. Porot sous le nom de « délire aigu méta-infectieux », dans lesquels un syndrome confusionnel, habituellement mortel, survient au cours de la convalescence avec une élévation brusque de la température. Aussi, étant donné la variabilité et leur multiplicité, en présence de troubles psychopathiques (même non confusionnels), doit-on toujours, en période d'épidémie, penser à la possibilité de manifestations du typhus exanthématique.

M. H. Aubin attire en terminant l'attention sur « la création de toutes pièces, par le typhus, de psychoses identiques aux maladies mentales dites constitutionnelles ».

René CHARPENTIER.

NEUROLOGIE

Les épilepsies de « structure morphéique » et leur traitement par les anti-hypniques, par le professeur DELMAS-MARSALET (*Compte rendu du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*, Genève-Lausanne, *XLIVe session*, 1946).

Partant d'un cas singulier d'épilepsie strictement nocturne, dont les crises pouvaient être déclenchées par la brusque obscurité et jugulées par des anti-hypniques, l'auteur étudie systématiquement les relations entre l'épilepsie et le sommeil normal ou pathologique (narcolepsie, cataplexie, pyknolepsie, états oniriques). Il montre que la brusque secousse musculaire de l'endormissement doit être considérée comme une épilepsie en miniature traduisant l'existence d'un « moment fécond » pour l'épilepsie dans la série des dissolutions qui marquent le passage de la veille au sommeil. Il apporte de nombreux cas d'association de l'épilepsie à des formes de sommeil pathologiques. Il définit les critères permettant de reconnaître à certaines épilepsies une « structure morphéique ». En conséquence, certains cas de mal comitial, rebelles aux médications hypniques ordinaires, ont pu être améliorés par le seul usage d'anti-hypniques comme l'éphédrine ou le phénylamino-propane. Dans d'autres cas, il a été nécessaire d'associer les anti-hypniques aux médications ordinaires.

Cette notion de structure appliquée à l'épilepsie et les conséquences qui en découlent au point de vue thérapeutique, sont tout à fait nouvelles et de première importance. L'auteur a longuement exposé ces faits dans un ouvrage récent : « Electro-choc et thérapeutiques nouvelles en neuro-psychiatrie ».

R. C.

Notes cliniques sur un cas diagnostiqué épilepsie, par Ch. BERG (*The british Journal of Medical Psychology*, vol. XIX, part. 1, 1941, p. 19).

Il s'agit d'un cas dans lequel la principale manifestation consistait en crises épileptiformes semblables à celles de l'épilepsie idiopathique ; les premières crises étaient survenues à l'âge adulte. Une émotion très intense avait eu lieu dans l'enfance du sujet. Les crises devinrent conscientes et leur forme épileptique se transforma en crises hystériques qui furent guéries par la psychothérapie.

L. M.

Sur un cas d'épilepsie tardive. Rôle du besoin d'oxygène et de la dépression des centres nerveux, par Michel-J. André et Léon Massion (*Journal belge de neurologie et de psychiatrie*, novembre 1940).

Dans un cas d'épilepsie tardive chez un homme de 60 ans, les auteurs signalent le rôle déterminant de la dépression nerveuse centrale et du besoin d'oxygène dans la production des crises apparaissant surtout au cours du sommeil et dont certaines ont « les caractères de crises épileptiques vraies », tandis que d'autres se présentent comme des équivalents.

Ces crises se multipliaient lorsque le besoin d'oxygène augmentait (complications pulmonaires anoxémiantes associées ou non à une décompensation circulatoire) et disparaissaient entièrement lorsque le besoin d'oxygène se trouvait satisfait par des inhalations abondantes et continues d'oxygène et par une médication toni-cardiaque.

R. C.

Rapports simultanés entre la respiration et l'électro-encéphalographie dans des cas de petit mal, par W. Sargant (*Proceedings of the Royal Society of Medicine*, vol. XXXIII, n° 5, septembre 1940, p. 725).

L'examen a porté sur six sujets ayant des accès d'épilepsie fréquents. Dans trois cas, dans lesquels le petit mal fut spontané, on nota une corrélation entre l'augmentation du volume respiratoire et l'augmentation des ondes anormales dans l'électroencéphalogramme. Même corrélation chez ces sujets quand les accès étaient provoqués. L'inhalation d'acide carbonique fit disparaître les ondes anormales. Dans trois cas, aucun rapport ne fut noté. Ces résultats laissent supposer que dans les cas de petit mal particulièrement sensibles à l'alcalose, de petites modifications respiratoires peuvent modifier le déclenchement ou la durée des accès. Les états anxieux au cours desquels se produit une hyperventilation émotionnelle peuvent ainsi provoquer les attaques de petit mal.

L. M.

Les électro-encéphalogrammes dans l'épilepsie post-traumatique, par H. Jasper et W. Penfied (*The American Journal of Psychiatry*, vol. C, novembre 1943, p. 365).

Recherches électroencéphalographiques portant sur 86 cas d'épilepsie post-traumatique avec références particulières sur la localisation de la décharge électrique anormale. Comparaison des électroencéphalogrammes avant et après l'ablation de la région épileptogène chez 32 sujets. Dans 90 pour 100 des cas la localisation de la décharge épileptiforme correspond à une aire cérébrale relativement petite. Une combinaison d'ondes lentes avec des spikes ou des ondes pointues est caractéristique d'une lésion superficielle du cortex cérébral. Dans 10 pour 100 des cas, il existait des troubles électrographiques généralisés. Dans six cas, la décharge proéminente était synchrone dans les deux hémisphères. L'étude électrographique préopératoire a servi de guide pour l'intervention chirurgicale dans 94 pour 100 des cas ; elle a décelé une lésion objective du cerveau. Une complète disparition des crises ou une amélioration ne comprenant plus que des attaques de petit

mal a été notée dans 71 pour 100 des cas chez lesquels avant l'opération les foyers de spikes et d'ondes pointues n'étaient pas compliqués.

Le fait essentiel de la technique neuro-chirurgicale consiste en ce que les foyers doivent être enlevés complètement ; la pie-mère qui recouvre les autres circonvolutions doit être préservée. Un mois après l'intervention on ne constate plus ni spikes, ni ondes pointues dans l'électroencéphalogramme. La présence de larges ondes delta ou la récidive de spikes et d'ondes pointues indique généralement un mauvais pronostic.

L. M.

Etude électro-encéphalographique d'un cas d'amaurose hystérique, par Jean Titeca (*Journal belge de neurologie et de psychiatrie*, mai-juin 1943).

Continuant ses recherches expérimentales tendant à démontrer la réalité biologique des troubles sensitifs hystériques, M. Jean Titeca apporte les résultats de l'examen électro-encéphalographique d'un trouble hystérique d'ordre sensoriel. Il s'agit d'un cas d'amaurose hystérique chez un soldat de 32 ans, amaurose qui guérit après déclenchement de six crises convulsives par des injections intraveineuses de pentaméthyllènetétrazol.

Les examens électro-encéphalographiques ont montré l'absence d'une réaction d'arrêt lorsque le stimulus visuel a une intensité infra-liminaire pour le malade et sa persistance lorsque l'excitant lumineux est d'intensité suffisante, une remarquable concordance aussi entre les déclarations du sujet et l'action des stimuli sur l'activité électrique du cortex cérébral.

D'où la confirmation des précédentes conclusions, des travaux de M. Jean Titeca, « que les troubles hystériques ne sont pas dus à une supercherie ou à une simulation, mais sont l'expression neurologique d'une perturbation fonctionnelle des centres nerveux échappant totalement à la volonté des malades et objectivable à l'examen électro-encéphalographique ».

René Charpentier.

L'électro-encéphalogramme dans les cas de traumatismes récents, par Milton Greenblatt (*The American Journal of Psychiatry*, vol. C, novembre 1943, p. 378).

Chez la moitié environ (48 0/0) des traumatisés récents, l'électroencéphalogramme est anormal. Ce pourcentage n'est pas plus élevé dans les cas de fracture ou de perte de conscience. Chez les sujets qui sont atteints d'épilepsie le pourcentage d'électroencéphalogrammes anormaux est plus élevé. Chez ceux qui souffrent de maux de tête le pourcentage est plus bas. Chez ceux qui sont atteints de troubles mentaux le pourcentage est légèrement plus grand que chez ceux qui n'en présentent pas. Comparant les électrogrammes des sujets post-traumatisés souffrant de maux de tête, et les électrogrammes de sujets non-traumatisés mais souffrant de maux de tête, l'auteur trouve le même pourcentage d'électrogrammes anormaux ; même pourcentage chez les sujets atteints de psychose post-traumatique et chez ceux qui sont atteints de troubles mentaux organiques non traumatiques ; même pourcentage chez les sujets atteints d'épilepsie post-traumatique et chez ceux atteints d'épilepsie non-traumatique. Dans la plupart des cas dans lesquels un foyer d'ondes anormales pouvait être décelé, le foyer correspon-

dait à l'aire cérébral traumatisé, à une fracture ou à un enfoncement du crâne, ou bien on constatait des crises jacksoniennes intéressant le côté opposé au foyer.

L. M.

Contribution à l'étude des commotions cérébrales retardées, par Marcel Moreau, de Liége (*Journal belge de neurologie et de psychiatrie*, juillet-août 1941-1942).

Il existe, déjà signalées par Léri, des commotions cérébrales retardées dans lesquelles la perte de conscience n'apparaît que quelques instants après le traumatisme, et qui laissent au sujet le souvenir des circonstances de l'accident. M. Marcel Moreau en rapporte des observations : seule l'évolution permet alors le diagnostic de commotion retardée.

R. C.

Syndrome pariétal traumatique : asymbolie tactile et hémiasomatognosie paroxystique et douloureuse, par H. Hecaen et M. David (*Revue neurologique*, mai-juin 1945).

Intéressante observation d'un homme de 32 ans qui, à la suite d'une blessure (opérée) par éclats d'obus dans la région fronto-pariétale gauche, après régression de l'aphasie et amélioration de l'hémiplégie, présente 5 mois après le traumatisme : une hémiplégie droite, de l'astéréognosie, une perturbation de l'image corporelle du côté paralysé à type d'hémi-asomatognosie avec anxiété secondaire, des troubles visuels, des troubles de type vestibulaire et des troubles du langage. Les auteurs discutent successivement ces diverses manifestations, relativement rares, du tableau clinique de ce syndrome pariétal et envisagent des hypothèses physio-pathologiques. Ils posent, en outre, à propos de ce cas, la question de la dominance hémisphérique variable selon chaque fonction corticale.

R. C.

Angiomatose encéphalo-trigéminée avec crises épileptiques, par H. Roger, P. Mouren et Lapeyre (Comité Médical des Bouches-du-Rhône, séance du 15 décembre 1944, *Marseille-Médical*, 82e année, n° 5, 15 mai 1945).

Nouvelle observation de coexistence de néoformations vasculaires de la Ve paire et de crises comitiales. Calcifications cérébrales visibles sur les clichés radiographiques, en arrière des zones épileptogènes mais examen neurologique quasi-négatif. Une intervention sur la carotide primitive ne serait indiquée que si le traitement habituel était sans effet.

J. Alliez.

Pneumatocèle intracranienne, par Petit-Dutaillis et Rouget (*Académie de chirurgie*, séance du 28 février 1945).

Cas curieux et typique de pneumatocèle intracranienne accompagnée de pneumocéphalie à la suite d'une lésion du sinus frontal par projectile de guerre. Le diagnostic a pu être fait par l'existence d'une rhinorrhée fétide

accompagnée de vertiges et de l'impression subjective de glouglous intracraniens. Les radiographies confirment l'hypothèse en montrant la poche aérienne sous-dure-mérienne et l'injection gazeuse du ventricule. A l'aide d'un volet, les auteurs ont pu procéder à l'ablation des esquilles et d'un foyer d'attrition intracérébral, et électrocoaguler la muqueuse du sinus. La fermeture de la dure-mère assurée par une greffe de *fascia lata* a permis une excellente guérison du blessé. R. C.

Le masque œdémateux et ecchymotique et les complications encéphaliques des compressions thoraciques prolongées, par J.-E. Paillas et J. Tetu (*Marseille médical*, 82e année, no 3, 15 mars 1945, p. 127-130).

Dans deux cas de compressions thoraciques prolongées, les auteurs ont observé, avec le masque ecchymotique classique de Lejars, des symptômes encéphaliques durables qui sont à rapporter à l'œdème cérébral. L'une des malades présentait, en outre, avec un signe de Babinski, des paralysies de divers nerfs craniens, qui s'expliqueraient par de petites hémorragies ponto-bulbaires. J. Alliez.

Forme oculo-léthargique de l'encéphalite épidémique, par Ch. Sarrouy et Mlle Noureddine (*Société de pédiatrie*, séance du 17 avril 1945).

Observation typique d'encéphalite épidémique à forme oculo-léthargique, observée à Alger, au cours de la dernière saison automno-hivernale. Après avoir rappelé brièvement que la maladie avait disparu à Alger depuis plusieurs années, les auteurs se demandent si ce cas va rester sporadique ou s'il est le premier chaînon d'une nouvelle poussée épidémique.

R. C.

Méningoencéphalite à bacilles de Pfeiffer avec tremblement aigu d'origine cérébrale, par le Dr Konrad Meier, Jenner-Kinderspital, de Berne (*Société suisse de pédiatrie, Lausanne*, 16-17 juin 1945).

Observation de deux cas montrant que, comme dans la méningite à méningocoques, on peut trouver des formes encéphalitiques dans la méningite à bacille de Pfeiffer. Cette possibilité n'avait guère attiré l'attention jusqu'à maintenant. Dans l'un des cas, il s'agissait d'un garçon de 13 mois ; un tremblement aigu d'origine cérébrale (Zappert) a été le symptôme initial d'une participation du cerveau. Dans l'autre cas, un garçon de 3 ans 1/2 a présenté une perte de connaissance profonde avec cri encéphalitique et faciès figé. La convalescence fut marquée par un négativisme prononcé.

Ces deux observations sont classées parmi les encéphalites concomitantes à une méningite microbienne. Le tremblement aigu d'origine cérébrale se présentait ici dans sa forme primaire, c'est-à-dire qu'il était dû directement à l'action de la toxine. La forme secondaire est plus fréquente. Cette dernière est considérée comme une réaction neuro-allergique : le tremblement apparaît alors tardivement, au cours de la convalescence de certaines maladies infectieuses (pneumonie, rougeole, varicelle, etc.). Il rétrocède habituellement en quelques semaines. R. C.

Crampe des écrivains et syndrome parkinsonien, par H. Hécaen et Bachet (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 2 mars 1945).

Dans un premier cas, une crampe des écrivains précéda l'apparition d'un hémi-syndrome parkinsonien du même côté. Dans le second cas, une crampe des écrivains est associée à des signes légers mais indiscutables de la série parkinsonienne. Rapprochant ces faits des constatations d'André-Thomas et J. de Ajuriaguerra, les auteurs admettent, dans le déterminisme de la crampe des écrivains, le rôle des perturbations extra-pyramidales, qu'elles soient d'origine lésionnelle ou simplement fonctionnelle comme c'est le cas le plus habituel.

R. C.

Tabes malgré un traitement correct de 15 ans, par Touraine (*Société française de dermatologie et syphiligraphie*, séance du 8 mars 1945).

Observation d'un homme de 43 ans, soigné régulièrement depuis 1926, pour une syphilis latente, par 10 séries d'arsenic et 23 de bismuth (sauf de 1939 à 1942) et dont la sérologie est négative depuis 1942. Un tabès, aujourd'hui confirmé, se développe cependant depuis 1943. Le liquide céphalo-rachidien, normal en 1936, présente actuellement les altérations caractéristiques.

R. C.

Une maladie qui se meurt : le tabès, par J. Haguenau (*Revue médicale française*, avril 1945).

Le tabès se présente actuellement sous une forme différente. La grande ataxie, les grandes crises douloureuses, les crises viscérales, les troubles si marqués de la sensibilité, les troubles sensoriels, les troubles sphinctériens sont devenus rares. C'est à l'occasion d'un examen systématique, ou parfois d'accidents mineurs, qu'est établi maintenant le diagnostic de tabès étayé par la recherche d'une infection syphilitique ancienne. Diagnostiqué et traité, le tabès est fixé et ne présente plus l'évolution d'autrefois. Il n'est pas douteux que ces modifications soient dues aux progrès de la thérapeutique. Diagnostic et traitement précoce, traitement prolongé de la syphilis grâce au traitement humoral, médications anti-syphilitiques à fort pouvoir tréponémicide ont modifié totalement la fréquence et l'aspect du tabès, font progressivement disparaître cette maladie.

R. C.

La sclérose en plaques familiale, par H. Roger et J. Cain, de Marseille (*Revue médicale française*, avril 1945).

A propos de deux nouvelles observations personnelles, MM. H. Roger et J. Cain résument l'histoire de la sclérose en plaques familiale, de ses conditions étiologiques, pathogéniques, des enseignements à ce sujet de la clinique et de l'anatomie pathologique. En conclusion, si, parmi les cas de sclérose en plaques familiale qui ont été publiés, il en est un assez grand nombre, en particulier les observations anciennes, qui ne rentrent pas dans le cadre de la sclérose multiloculaire, il reste quelques faits d'un tableau

clinique mieux précisé et présentant les poussées évolutives de la maladie, rarement cependant accompagnés d'autopsie. Dans ces cas, il faut admettre, non une maladie héréditaire, mais soit une contagion, soit plutôt une fragilité particulière du système nerveux vis-à-vis du virus neurotrope ou du processus abiotrophique de la maladie.

R. C.

Polyradiculo-névrite curable de Guillain-Barré et arachnoïdite, par L. Rimbaud, H. Serre et R. Bosc (*Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 7 janvier 1944, *Montpellier médical*, janvier-février 1944).

A propos d'un cas, chez un homme de 78 ans, de polyradiculo-névrite typique des membres inférieurs, dont le malade guérit et où l'examen radiologique du rachis décela une arachnoïdite confirmée par l'existence d'un blocage manométrique partiel, les auteurs montrent qu'au début de la maladie le diagnostic aurait pu hésiter. Et ils se demandent si certains cas de syndrome de Guillain-Barré, dans lesquels n'a pas été pratiqué l'examen lipiodolé, ne seraient pas en rapport avec une arachnoïdite ? De même que certains cas étiquetés arachnoïdite pourraient être, en réalité, de simples réactions arachnoïdiennes au cours de processus myélo-radiculaires divers.

René Charpentier.

A propos des manifestations oculaires du syndrome de Guillain-Barré par Nicaud, Lafitte, G. Offret et Ardouin (*Société d'ophtalmologie de Paris*, séance du 17 juin 1944).

A l'occasion d'un cas typique, les auteurs rappellent les manifestations mésocéphaliques habituelles de ces poly-radiculo-névrites. La VI[e] et la VII[e] paire cranienne sont généralement atteintes, la III[e] plus rarement. On observe aussi des troubles sensitifs dans le territoire du trijumeau. Ces troubles sont tous passagers et curables.

L'intérêt se concentre sur les formes mésocéphaliques pures ; on doit envisager ce diagnostic, devant une paralysie oculaire, même isolée, si elle s'accompagne de dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien. Cette notion étiologique est à retenir à cause du pronostic toujours rapidement favorable.

R. C.

Le problème des polyradiculonévrites syphilitiques. A propos d'un cas de polyradiculonévrite curable avec dissociation albumino-cytologique et réactions humorales positives, par J. Euzière, N. Duc et A. Pineau (*Montpellier médical*, janv.-fév. 1945).

A propos de cette observation chez un syphilitique certain et devant la régression des symptômes de polyradiculonévrite à la suite d'un traitement antisyphilitique actif, les auteurs estiment qu'on est autorisé à isoler du cadre de la maladie décrite par Guillain et Barré et attribuée à l'action exclusive d'un virus neurotrope particulier, des cas de polyradiculite curable dans lesquels le rôle de la syphilis n'est pas douteux. Cela, bien que la cura-

bilité des cas ne permette pas la vérification anatomique et en l'absence d'aucun signe neurologique de syphilis. Ils se réservent de discuter dans un prochain article si la syphilis doit, dans ces cas, être considérée comme la cause déterminante unique, ou si elle fait le lit des infections neurotropes ou encore si elle agit en favorisant l'action des facteurs toxiques, carentiels, dysmétaboliques ?

R. C.

Etude électrologique d'un malade atteint d'une polynévrite toxique (intoxication par une huile minérale contenant du tri-ortho-crésyl-phosphate), par Lepennetier, Morin et Aubert (*Société d'électro-radiologie médicale de France*, séance du 12 décembre 1944).

Le malade faisant l'objet de la communication a présenté des troubles gastro-intestinaux aigus quelques heures après absorption de l'huile toxique, ayant cessé spontanément en vingt-quatre heures. Mais treize jours après, apparut une paralysie des membres inférieurs, puis des membres supérieurs, bientôt suivie d'amyotrophie des muscles atteints. Caractère essentiel, cette paralysie est périphérique, sans aucune systématisation topographique, légèrement ascendante, mais n'ayant pas touché les segments proximaux des membres, progressive au point de vue des réactions électriques (hypoexcitabilité, puis R. D. partielle, puis totale). Elle est toujours restée indolore. Tout traitement, tant physiothérapiqne (ionisation à l'iodure de potassium, ondes courtes intensives) que médical a complètement échoué. La radiothérapie a été proposée.

R. C.

THERAPEUTIQUE

La pénicilline en vénéréologie, par le professeur Udo Wile, Colonel médecin de l'Armée U. S. A, (*Bull. de l'Académie de médecine*, séance du 26 février 1945).

De l'expérience du professeur Udo Wile portant sur un nombre considérable de cas, il résulte que la blennorragie est guérie le plus souvent en trois heures par quatre injections intramusculaires de chacune 50.000 unités. La majorité des malades traités pour syphilis primaire et secondaire sont présumés guéris mais il convient, pour se prononcer définitivement, d'attendre l'épreuve du temps. Les résultats sont définitivement supérieurs si l'on associe à la pénicilline le bismuth et l'arsenic : le traitement se fait actuellement en une hospitalisation de dix jours pendant lesquels le malade reçoit cinq injections d'arsenic, 1.200.000 unités de pénicilline par voie intramusculaire, et trois injections de bismuth.

R. C.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance ordinaire* du mois de NOVEMBRE de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 25 novembre 1946*, à 15 heures 30 *très précises*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine.

L'Assemblée générale et la *séance ordinaire* du mois de DÉCEMBRE de la Société médico-psychologique auront lieu le *lundi 16 décembre 1946*, à 15 heures 30 *très précises*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine.

Légion d'Honneur

Est nommé *Commandeur de la Légion d'Honneur :*

M. le professeur BAUDOUIN, doyen de la Faculté de Médecine de Paris.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nécrologie

M. le Dr AMELINE, ancien médecin-directeur de la colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier).

M. le Dr FENAYROU, ancien médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de Rodez (Aveyron).

Ordre de la Santé publique

Sont nommés *Chevaliers de l'Ordre de la Santé publique :*

M. le Dr BRUN, directeur administratif du Centre psychiatrique Sainte-Anne, à Paris ;

M. le Professeur Jean DELAY, médecin des hôpitaux de Paris ;

M. le Dr RONDEPIERRE, médecin-chef de la Maison de Santé de Ville-Evrard ;

M. le Dr SENGÈS, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique Sainte-Anne, à Paris.

Nominations

M. le Dr Cassan est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique privé de Limoux (Aude) ;

M. le Dr Doussot est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Ber-Réchid (Maroc) ;

M. le Dr Couderc est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Blida (Algérie).

Ouverture d'une Ecole d'infirmiers et d'infirmières des hôpitaux psychiatriques

La Préfecture de la Seine se propose d'ouvrir, au mois de novembre, une Ecole pour la préparation à la carrière d'infirmiers et d'infirmières des hôpitaux psychiatriques : internat gratuit, deux années d'études, âge d'admission, de 18 à 25 ans. Pour inscription et tous renseignements, s'adresser, avant le 15 octobre, au directeur de l'hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Réunion d'études pour l'enfance victime de la guerre (Grenoble, 24-26 octobre 1946)

Sous le Haut-Patronage de M. le Préfet de l'Isère et M. le Maire de Grenoble, une *réunion médico-pédagogique* consacrée à *l'Enfance victime de la guerre*, a été organisée à *Grenoble*, les *24, 25* et *26 octobre 1946* par le Dr René Fau, neurologiste des hôpitaux de Grenoble.

Parmi les questions traitées, signalons après les indications sur l'orientation vers les S.E.P.E.G. (semaines d'études pour l'Enfance victime de la guerre) données par le *Dr O. Forel*, les rapports sur « L'œuvre de Pestalozzi », par *M. Meylan*, « Le châtiment en pédagogie », par *Mme Wagner-Simon*, « La composition, les buts et le travail de l'équipe médico-pédagogique », par le *Dr G. Heuyer*, « Le tribunal des mineurs à Genève », par *Mlle Blanche Richard*, Juge à la Chambre pénale de l'Enfance, à Genève, et « Le pronostic social des délinquants », par *M. Frey*.

Des *réceptions* par M. le Préfet de l'Isère et par la municipalité de Grenoble, des *visites* au « Centre d'enfants déficients de l'Académie de Grenoble » et au « Centre de caractériels de la Maison d'enfants de Champ-Bayard » vinrent ajouter à l'intérêt de cette réunion consacrée à l'étude de très importants problèmes posés par l'après-guerre. Réunion dont le succès, dû à l'initiative de notre collègue le *Dr René Fau*, permet d'espérer d'heureux développements ultérieurs.

Conférence de santé mentale (Londres, 14-15 novembre 1946)

Une *conférence* de *santé mentale* aura lieu à *Londres* (Caxton Hall, Westminster, S.W.1.) les *14* et *15 novembre 1946* sous la présidence de l'Hon. A. Bevan, Ministre de la Santé. A cette conférence, organisée par le « Provisional National Council for Mental Health » seront présentés des rapports sur d'importantes questions.

Si certains de ces rapports ont trait à des questions de législation intéressant particulièrement le Royaume-Uni, d'autres traitent de sujets d'intérêt général tels que l'application aux populations civiles des résultats de l'expérience acquise aux armées pendant la guerre pour le traitement des névroses, par le Dr J.-J. Rees, l'emploi des sujets émotionnellement ou mentalement diminués, par le Dr T.-F. Main, l'assistance aux enfants sans famille, par Mme Lucy-G. Fildes, la délinquance des jeunes par Mlle Margery-Fry, le rôle futur des « Child Guidance Clinic » dans l'éducation par le Dr John Bowlby.

Ces rapports seront publiés ultérieurement dans le compte rendu des séances de cette importante réunion. (L'adresse du Secrétaire de la Conférence est 39, Queen Anne Street, London, W.1).

Réunion de la Société Suisse de psychiatrie (Bâle, 30 novembre et 1er décembre 1946)

La *Société suisse de psychiatrie* se réunira à *Bâle*, les *30 novembre et 1er décembre 1946* sous la *présidence* de M. le professeur Müller, de Münsingen.

A l'ordre du jour de cette réunion figurent les rapports suivants :

Conséquences des années de guerre

Conséquences psychologiques et psychopathologiques de la guerre et du nazisme. Aspect général du problème, par M. le Dr Eug. Minkowski (de Paris).

Pathologie individuelle et sociale du temps de guerre, par M. le Dr G. Bally (de Zurich).

L'enfant dans la collectivité, par M. le Dr M. Tramer (de Berne).

Manifestations psychopathologiques et de psychologie collective chez l'enfant et chez l'adolescent pendant la guerre, par M. le Dr Hart de Ruyter (de Zaandam).

Réunion de la Société Suisse de psychologie (Zurich, 1er 2 novembre 1946)

La *6e réunion de la Société suisse de psychologie et de psychologie appliquée* aura lieu à *Zurich*, Waldhaus Dolder, le *1er* et 2 *novembre 1946*. Elle sera consacrée à l'étude du diagnostic de la personnalité et, la première journée particulièrement, à l'étude du diagnostic d'après Rorschach. (Secrétariat de la Société, Laupenstr. 5, Berne).

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Le programme psychiatrique du ministre de la santé publique

Dans une conférence de presse tenue le 7 août 1946, M. René Arthaud, ministre de la Santé publique, exposant son programme, s'est exprimé de la façon suivante sur les problèmes d'assistance psychiatrique, d'hygiène et de prophylaxie mentales :

Sauvegarder la santé mentale

« Sauvegarder la santé mentale de la Nation ne nous paraît pas moins important, ni moins urgent, que de préserver sa vigueur physique.

« Or, il y a beaucoup à faire en ce domaine et d'abord à vaincre un préjugé défavorable qui tend à représenter comme honteuses les maladies mentales et qui obscurcit toute notion concernant leur cure ou leur dépistage.

« Ce préjugé date de longtemps, il date d'une époque où la raison demeurait prisonnière de rites multiples, et de terreurs surnaturelles. Le dément, c'était l'être maudit qu'habitait le démon, que le démon inspirait. Marqué du doigt de la divinité, il était un objet d'épouvante. Il y a seulement cent cinquante ans que Pinel mit un terme à cette inhumaine rigueur.

« Mais de nombreux esprits, plus ou moins inconsciemment, gardent cette prévention d'origine religieuse à l'égard des fous. Il en reste également cette opinion très répandue que la folie constitue une dégénérescence quasi-incurable. Aussi la loi de 1838 a-t-elle institué un régime *administratif et juridique* bien plus que médical, destiné à protéger la société contre l'aliéné, bien plus qu'à guérir l'aliéné, bref, donnant le pas à l'internement sur le traitement.

« Nous disons nettement que *la folie est souvent curable*. La psychiatrie moderne doit commencer ses investigations à partir de la plus légère inadaptation sociale et tendre au reclassement social de l'aliéné.

« Il faut moderniser l'équipement souvent périmé de nos hôpitaux psychiatriques, transformer leur esprit et leurs méthodes, s'acheminer vers la suppression de l'internement, redistribuer méthodiquement dans ce but l'ensemble de leurs services.

« Il faut organiser les soins à ces demi-malades atteints de troubles plus ou moins légers que l'on doit assister dans des *services libres de médecine mentale*, qui les rapprocheront de la vie sociale commune et feront appel au concours de la partie inaltérée de leur esprit. Il faut se pencher sur la situation de ces milliers d'enfants, les uns arriérés, les autres irréguliers, inadaptés mais éducables, d'autres enfin délinquants que *des services médico-pédagogiques* pourront redresser sans les heurter. »

L'organisation des services d'hygiène mentale en France

Par circulaire en date du 10 juillet 1946, M. René Arthaud, ministre de la Santé publique a attiré l'attention des Préfets sur la « nécessité urgente d'organiser les services d'hygiène mentale de manière qu'ils soient suffisamment équipés pour desservir *en fait* tous les besoins de leur département ».

Cette circulaire, complétée par une note concernant les pièces à produire par les organismes participant à l'hygiène et à la prophylaxie mentales pour obtenir les subventions nécessaires, insiste sur l'urgence et déclare notamment :

« De l'enquête à laquelle j'ai fait procéder par circulaire n° 282 du 19 novembre 1945 et bien qu'un certain nombre de réponses ne me soient pas encore parvenues, j'ai pu constater que la presque totalité des services existants étaient très loin de répondre aux besoins réels et qu'un grand nombre de départements ne disposaient d'aucun dispensaire d'hygiène mentale.

« Vous voudrez bien examiner avec les autorités locales compétentes, en particulier les médecins des hôpitaux psychiatriques du département, un plan d'extension ou de création du service d'hygiène mentale. Celui-ci devra tendre à :

« 1° multiplier la fréquence des consultations (principe de consultation hebdomadaire ;

« 2°. assurer une distribution géographique satisfaisante, sur la base de principe d'un dispensaire par arrondissement ou par région géographique et démographique naturelle (voies de communication) ;

« 3° assurer le fonctionnement d'un service social spécialisé assez dense. Prévoir à cet effet une assistante par dispensaire et une au moins à l'hôpital psychiatrique ; vous pourrez provisoirement vous assurer le concours des assistantes polyvalentes choisies pour leurs aptitudes à ce service particulier ;

« 4° porter le maximum d'efforts à la prophylaxie sur le secteur de l'enfance mais ne pas négliger pour cela le secteur « adultes » ;

« 5° s'attacher avec un soin particulier à ce que la présence du dispensaire et du service social permette l'application effective d'une politique systématique de sorties précoces de l'hôpital psychiatrique.

« Vous voudrez bien considérer que ce dernier point présente, en dehors de son intérêt technique prédominant, un intérêt économique sur lequel on ne saurait trop attirer l'attention des assemblées départementales, par la diminution considérable du nombre de journées à la charge des collectivités que doit entraîner cette pratique. J'insiste ici sur le fait que l'aspect économique des problèmes de protection de la santé mentale doit être considéré non sur la base du prix de journée d'hospitalisation mais sur celle du nombre de journées à la charge des collectivités. »

L'épidémie de poliomyélite en France pendant l'été de 1946

Les mois de juin, juillet et août 1946 ont été marqués en France, au point de vue épidémiologique par le développement, sous la forme épidémique de la poliomyélite antérieure aiguë, alors que, dès le mois de mai, 24 cas, presque tous sporadiques avaient été enregistrés. En 20 jours, par exemple, du 1er au 20 août, furent déclarés 198 cas dont 14 décès.

Au point de vue clinique, cette épidémie fut caractérisée par l'existence de formes paralytiques typiques, mais des formes atypiques, frustes, réalisant des syndromes méningés ou encéphalites furent également constatés. Des cas de contagion directe interhumaine ont été signalés ainsi que le développement de l'épidémie par prédilection au voisinage des cours d'eau (des bains récents de rivière, d'étang, ont été notés dans l'observation de plusieurs malades).

Des mesures de prophylaxie individuelle et collective furent prises et rigoureusement appliquées, en particulier l'interdiction des baignades et de tout rassemblement d'enfants dans les communes atteintes et dans les communes limitrophes. Le stock de sérum de convalescents, constitué au ministère, et de sérum de Petit, préparé à l'Institut Pasteur, permettent d'assurer le traitement des malades atteints.

L'hérédité du goître

D'après un travail de Martin dans le *Brit. Med. Journal* (juillet 1946) sur 90 cas de goitre thyrotoxique et 111 cas de goitre nodulaire, il semble que le goitre thyrotoxique soit de nature héréditaire et en rapport avec un gêne récessif. Le goitre exophtalmique primitif est considéré comme d'origine psychosomatique et non comme une maladie primaire de la glande thyroïde. Certaines conditions qui précipitent l'éclosion de la maladie telles que le shock, l'infection, déclenchent la maladie, s'additionnant aux facteurs génétiques. Le facteur récessif est apparent dans 70 à 80 0/0 des cas fémi-

nins suivant les hypothèses de BARTEL (Copenhague). Cette fréquence du goitre exophtalmique chez la femme est confirmée par les Registres généraux de mortalité qui indiquent par cette maladie un décès masculin contre huit décès féminins. Il en est de même de la morbidité (sept pour un dans un hôpital de 1.200 malades (Julia BELL). Il semble, en outre, que la *race* intervient également dans le goitre thyrotoxique (Mc EVEN). D'autre part, il n'apparaît pas que le *goitre nodulaire* commun colloïdal soit lié à un facteur familial. (*Médecine et hygiène*, 15 sept. 1946).

THÉRAPEUTIQUE

Le sodium amytal en psychiatrie

Il est intéressant de signaler un article de E.-N. KAMENEVA et P.-R. IAGODKA (*American Rev. of Soviet Med.*, avril 1946) sur *l'emploi en psychiatrie du Sodium Amytal.*

(*Ce produit, sel monosodique de l'acide 5-isamyl-5-éthyl-barbiturique :* $C_{11} H_{17} O_3 N_2 Na$., *a été employé aux Etats-Unis comme sédatif et hypnotique et à titre prémonitoire dans les anesthésies. Les auteurs américains conseillent de l'utiliser avec prudence par des personnes très au courant de ses dangers*).

Les auteurs soviétiques ont néanmoins employé le sodium amytal dans plus de 100 cas de psychiatrie à la première clinique psychiatrique de Moscou. Ils ont utilisé la méthode de BRODER (injection intraveineuse précédée d'une injection intramusculaire de caféine). La solution d'amytal était une solution aqueuse de 5 0/0 avec, comme dose initiale, 3 à 4 cc. en augmentant progressivement jusqu'à 10 et 12 cc. Aucun des 100 cas traités ainsi n'a présenté de troubles.

L'amytal réalise de manière surprenante et souvent instantanée la *résolution des catatonies* même accompagnées de *stupeur*. Le malade se lève subitement, se promène et souvent se met à participer à d'autres activités. Toutefois, le comportement locomoteur de ces malades rappelle celui qu'on observe dans l'ivresse. Du point de vue psychique, on est parfois surpris de constater une rapide reprise des rapports sociaux.

A l'encontre des auteurs américains qui se servent de l'amytal surtout pour faciliter les traitements psychothérapiques, les auteurs russes se sont adressés à des psychoses caractérisées et notamment à des malades négativistes refusant la nourriture ou atteints de stupeur catatonique.

Le traitement a consisté en injections quotidiennes pendant un mois et demi à deux mois. Au début, les malades relâchent leur catatonie durant deux à trois heures, pour retomber à nouveau ensuite dans l'état de stupeur. Graduellement, la durée du relâchement s'allonge et la plupart des malades peuvent quitter la clinique.

Les auteurs recommandent toutefois de bien différencier les cas de nature psychogène, tel le mutisme hystérique ou schizophrénique.

(*Médecine et hygiène*, 15 sept. 1946).

L'insuline dans le traitement de l'alcoolisme

Médecine et Hygiène (1er oct. 1946) signale les résultats obtenus par Etem G. VASSAF et Volta R. HALL d'Arlington (Massachusetts) dans leurs recherches sur les effets toniques de l'insuline au cours du traitement des alcooli-

ques aigus. Appliqué à 43 malades (29 hommes et 14 femmes) ce traitement consista en une réduction graduelle de l'ingestion d'alcool (whisky) avec un régime riche en calories et en vitamines, notamment en vitamines B_1, en injections intra-musculaires, physiothérapie, hydrothérapie, cure de travail et psychothérapie. Comme médication : potion journalière de 0,67 gr. de chloral, associé à 2 gr. de bromure, la nuit, un barbiturique somnifère. L'insuline a été administrée à petites doses : 10 unités sous-cutanées vingt minutes avant chaque repas, deux ou trois fois par jour avec adjonction de 4 gr. de sucre dans du lait.

Résultats. — Les 43 cas traités par l'insuline furent comparés à 564 cas soignés d'une autre manière. On constata que la période de désintoxication fut raccourcie de moitié grâce à l'insuline. Dans trois cas, les patients ne demandèrent plus de whisky après les premières injections d'insuline. L'état psychique fut rapidement amélioré et, assez rapidement, tous moyens sédatifs purent être abolis. Le poids des malades augmenta soit durant l'hospitalisation, soit après. Bien qu'on ait donné du glucose après l'injection insulinique, cette pratique ne semble pas indispensable étant donné la faiblesse des doses.

(*The New England Journal of med.*, Boston 8-8-46).

Rééducation des troubles du langage des enfants

On se préoccupe particulièrement aux Etats-Unis des troubles du langage chez les écoliers. Toutes les écoles de New-York ont des classes spéciales où 22.000 enfants reçoivent un entraînement qui leur redonne peu à peu l'usage normal de la parole.

Des établissements spécialisés, comme le « National Hospital for Speech Disorders » à New-York et l' « Institute of Logopedics » de Wichita (Kansas), accueillent les enfants atteints de troubles les plus divers, du simple bégaiement à l'absence totale de parole.

Fondé par le Dr Martin F. PALMER, cet établissement peut maintenant recevoir un millier de pensionnaires. Depuis sa fondation, en 1934, l'Institut a obtenu des résultats considérables, puisque 5.000 cas de guérison ont été enregistrés. Les pensionnaires de l'Institut sont âgés de 13 à 24 ans. Ils subissent un examen médical avant leur entrée et sont ensuite classés suivant trois catégories. Dans la première rentrent ceux qui sont affectés de troubles « mineurs », tels que le zézaiement, le « parler enfantin » et le bégaiement. D'autres sont atteints d'affections plus graves, de maladies et d'atrophies musculaires ou de lésions des cellules du cerveau. Dans la troisième catégorie, entrent ceux que leur conformation congénitale prive de l'usage de certains organes tels que la langue, les lèvres, le larynx, la gorge, le nez ou les cordes vocales.

L'Institut a ouvert un centre pour les anciens combattants qui, par suite de blessures, ont perdu l'usage de la parole. Environ 200 anciens soldats sont actuellement en traitement.

(*La Presse médicale,* 2 octobre 1946).

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

MASSON et Cie Editeurs, Paris
Dépôt légal : 1946 (2e trimestre) — Numéro d'ordre : **367**
Cahors, Imp. A. COUESLANT (*personnel intéressé*). — 73.981. — 1946
C. O. A. L. 31.2330.

Tome II. — N° 5 Décembre 1946

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

LA VIE ET L'ŒUVRE DE GEORGES DUMAS

PAR

Henri WALLON

Unité, diversité, sociabilité : ces traits pourraient définir à la fois la vie et l'œuvre de Georges Dumas dans leur harmonieuse similitude.

Il est né le 6 mars 1866, il est mort le 12 février 1946 à Lédignan (Gard), dans la même maison familiale. Toute sa vie il est resté fidèle à sa terre natale, à celle où il repose aujourd'hui et où il revenait périodiquement. Mais son existence est loin d'avoir été casanière ; peu d'hommes de sa génération et de sa condition ont fait de plus nombreux et de plus longs voyages. Il a 18 fois traversé l'Atlantique et il a visité la plupart des républiques de l'Amérique latine : Brésil, Uruguay, Argentine, Chili, Mexique, Pérou, Vénézuéla, Colombie. Il a été aussi au Japon et au retour a séjourné quelque peu en Chine.

Tantôt appelé par l'un de ces pays, en raison de son renom, pour y donner des conférences, tantôt envoyé par son Gouvernement, en toutes circonstances il a su simultanément nouer des amitiés personnelles et des relations de nation à nation.

C'est ainsi que sa première traversée fut, en 1908, pour le Brésil où il était invité par la Société de psychologie et où il a organisé les premiers laboratoires de psychologie. Il y retour-

nait en 1912, dans les mêmes conditions. En 1917, au cours de la première guerre mondiale, il y était envoyé par le Ministère de la Guerre et par le Ministère des Affaires étrangères, afin de faire connaître au monde latin d'Amérique, l'effort de la France pour se défendre et avec elle-même toute une civilisation. En 1920, au Brésil et en Argentine, il organisait un échange de professeurs et d'étudiants entre ces deux pays et le nôtre. En 1921, il fondait à Buenos-Ayres, l'Institut de l'Université de Paris et au Chili, l'Institut franco-chilien de Haute-Culture. En 1922, fondation de l'Institut franco-brésilien de Haute-Culture. En 1924, fondation de l'Institut franco-mexicain de Haute-Culture. En 1925, fondation du lycée français de Sâo-Paulo. En 1927, fondation de l'Institut franco-péruvien de Haute-Culture et de l'Institut technique franco-pauliste. En 1928, fondation de l'Institut franco-vénézuélien de Haute-Culture. En 1929, de l'Institut franco-colombien de Haute-Culture.

Il a depuis encore fait plusieurs voyages, particulièrement au Brésil en 1933, 1935, 1937, 1938. En 1935 j'ai eu le bonheur de me trouver en même temps que lui à Rio-de-Janeiro. J'ai pu constater combien il y était aimé. Il avait été nommé citoyen d'honneur de la capitale brésilienne. Il en était heureux et fier. Ce n'était pas la moindre satisfaction de sa vie que ces sympathies, dont il savait qu'elles s'étendaient à son pays.

Quand l'âge de la retraite, et surtout l'occupation de la France, le ramenèrent définitivement à Lédignan, il pouvait déployer devant lui un large panorama de souvenirs, il pouvait évoquer un vaste cortège d'amis. Mais sa sociabilité ne restait pas confinée dans le passé. Durant deux des années où nous avons subi l'oppression nazie, il avait ouvert sa maison à Pierre Janet. Les deux ménages vivaient ensemble. Les deux vieux maîtres de la psychologie avaient chacun son cabinet de travail. Ils pouvaient tour à tour s'isoler pour l'étude et mêler leurs pensées de savants ou de Français. Réconfortante oasis dans cette époque de terreur et de combat.



Dans sa vie intellectuelle et morale, Georges Dumas offre la même unité, la même étendue d'horizon, le même esprit de société. De souche cévenole et protestante il lui est toujours resté, pour ce peuple demeuré fidèle aux traditions des ancêtres persécutés, une tendresse dont j'ai pu être le témoin dans ses conversations avec Charles Blondel, de même origine que lui,

quand ils échangeaient, d'un ton souvent amusé, des souvenirs, des anecdotes, des impressions sur de vieilles gens de chez eux. L'un et l'autre avaient gardé un fond de moralité ancestrale dont ils croyaient avoir rejeté le joug, mais dont ils étaient toujours prêts à relever les mérites.

C'était un piquant contraste, mais fréquent chez ceux de leur formation, que ce lien secret d'austérité, que ce sens intime du devoir et un goût des idées pour elles-mêmes, des idées affranchies de toute contrainte, qui pouvait donner l'impression du scepticisme ou du libertinage intellectuel. L'appétit de Georges Dumas pour toutes les formes et manifestations de l'esprit, les sérieuses et les plaisantes, était des plus spontanés. Le sérieux se retrouve dans son œuvre. Le plaisant faisait le charme de ses conversations. Mais entre les deux il y a toujours eu échange. Dans ses écrits on retrouve parfois un certain ton pince-sans-rire. Dans ses récits perçait souvent une intention plus grave.

Ce mélange de badinage et de profondeur qui semblait lui être naturel lui avait fait trouver un vif plaisir à fréquenter certains milieux parisiens où cette manière est d'usage, en particulier le salon de Mme de Caillavet où il avait été le familier d'Anatole France. L'illustre écrivain avait même demandé au jeune psychologue d'écrire une préface pour son *Histoire de Jeanne d'Arc*. Que de bons mots, que d'histoires piquantes, où il avait plus ou moins joué son rôle, Dumas avait retenus de cette société qui était indulgente à tout ce qui était dit ou fait avec esprit.



Peu d'universitaires ont eu une vie plus totalement universitaire que Georges Dumas, mais dont le rayonnement a comme dissous les frontières de l'Université. Dès le lycée ses succès scolaires le vouaient à devenir élève de l'Ecole Normale. La seule discussion entre ses maîtres, a-t-il raconté, était de savoir s'il fallait le pousser vers les lettres ou vers les sciences. C'est lui qui choisit les lettres, sans doute parce qu'elles lui permettaient de mieux harmoniser dans une interpénétration mutuelle l'ensemble de ses goûts qui le poussaient à la fois vers l'étude et vers la société.

Reçu à l'Ecole Normale en 1886, dans la même promotion que Romain Rolland, et à l'agrégation de philosophie en 1889, il semble avoir gardé des trois années passées rue d'Ulm un souvenir heureux qui a fait de lui jusqu'au bout le frère aîné de ses

plus jeunes camarades, se complaisant non seulement à leurs succès, mais souvent aussi à leurs excès d'originalité. Il savait vieillir tout en restant jeune.

A la famille normalienne et à l'Université il s'était d'ailleurs uni par des liens vraiment de famille. Ses deux beaux-frères, G. Reynier, professeur à la Sorbonne et Gaston Deschamps, rédacteur au *Temps,* étaient des normaliens. Ils avaient épousé les trois filles de l'illustre archéologue Georges Perrot que de nombreuses générations de Normaliens ont eu pour directeur et dont elles appréciaient l'esprit de large libéralisme.

Muni de l'agrégation, le jeune universitaire n'accepta pourtant pas de poste. Il entreprit ses études de médecine. Il y eut du mérite. Son père, médecin à Lédignan, ne voyait pas l'utilité pour son fils d'ajouter la profession médicale à la profession universitaire où des succès manifestement l'attendaient, pourvu qu'il y entrât. Il ne fit donc rien pour l'aider et Dumas fut contraint pour vivre, de donner des leçons dans ce qu'on appelle « un four à Bachot » jusqu'au jour où il put, en 1894, entrer comme professeur de philosophie au Collège Chaptal.

Le Directeur de l'Ecole Normale lui-même, son futur beau-père, Georges Perrot, avait essayé de le détourner de son dessein. Mais Th. Ribot, l'initiateur de la psychologie scientifique en France, alors professeur au Collège de France, estimait, sans être médecin lui-même, que des capacités médicales étaient nécessaires aux recherches psychologiques. Comme Pierre Janet avant lui, Georges Dumas suivit ce conseil. Il eut son doctorat en 1894, avec une thèse sur : *Les états intellectuels dans la mélancolie.* En 1897 il devient « Chef du laboratoire de psychologie à la clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine de Paris ». Toute sa vie, jusqu'à l'âge de sa retraite, Dumas conserva ce titre et cette fonction. Il vit se succéder à la chaire dont dépendait son laboratoire les professeurs Ball, Joffroy, Gilbert Ballet, Ernest Dupré, Henri Claude, Laignel-Lavastine. Il fut, pendant plus de 40 ans, en contact quotidien avec les forces jeunes de la psychiatrie : chefs de clinique, internes, étudiants à qui il démontrait le point de vue de la psychologie.

Etait-ce là déserter l'enseignement et l'Université ? En 1900 Dumas soutenait ses thèses de doctorat devant la Faculté des Lettres, l'une sur *la Tristesse et la Joie* et l'autre en latin, suivant la tradition d'alors, *Auguste Comte, critique de la psychologie de son temps.* En 1902, la retraite volontaire de Ribot ayant permis à Pierre Janet de lui succéder au Collège de

France, Dumas succédait lui-même, comme chargé de cours, dans l'enseignement qui avait été inauguré par Pierre Janet à la Sorbonne et, en 1912, il était nommé titulaire de la chaire de Psychologie expérimentale à la Faculté des Lettres de Paris.

Son enseignement où se conjuguaient étroitement sa formation littéraire et sa formation médicale eut un retentissement considérable. Il commença par faire à la Sorbonne son cours public, à Sainte-Anne, ses démonstrations de laboratoire et ses présentations de malades. Celles-ci obtinrent vite un succès qui dépassa largement le cercle des étudiants. Aux séances du dimanche matin c'était une véritable foule qui se pressait, parmi laquelle des médecins, des avocats, des ecclésiastiques, des écrivains, des journalistes, des gens du monde, des curieux attirés par sa renommée. Dans les dernières années c'est à Sainte-Anne qu'il fit toutes ses leçons, dans un vaste grenier qu'il avait fait aménager et que décoraient les peintures murales d'un aliéné.

La vaste audience de son enseignement, qui ne s'est pas démentie au cours des temps, répondait bien à l'intérêt que pouvait susciter dans le public, la psychologie, science encore nouvelle. Mais c'est surtout aux dons personnels de Dumas qu'elle est due. Sa culture littéraire que servait une incomparable mémoire, son goût de la poésie dont il avait d'ailleurs une sorte de pudeur ne le quittaient pas en présence des aliénés, mais ne l'empêchaient pas d'avoir, en chaque cas, le degré et la nuance de familiarité qu'il fallait pour leur faire jouer leur personnage de la façon parfois la plus pittoresque. Les rires qui fusaient trop souvent dans l'auditoire, il savait les racheter vis-à-vis du misérable malade avec une extraordinaire souplesse, si bien qu'il réussissait habituellement à le renvoyer, rasséréné, soulagé, content de lui-même. Il devait à sa noble prestance, à son regard qui avait quelque chose de fascinant, à sa voix nuancée, à l'élégance de son verbe un pouvoir qui s'exerçait aussi bien sur le sujet présenté et sur ceux à qui il le présentait.

Sans effort et comme par une sorte de mouvement naturel il a obtenu au cours de sa carrière toutes les consécrations, officielles ou non, qui lui étaient dues. Il a été élu membre de l'Académie de Médecine, membre de l'Académie des Sciences Morales et Politiques. Il a été président de nombreuses Sociétés dont la Société médico-psychologique. Il a fondé avec Pierre Janet la Société française de psychologie, dont il a été longtemps l'animateur comme secrétaire général et dont il a fini par accepter la présidence. Il appartenait à plusieurs Sociétés ou Académies

étrangères. Il était docteur *honoris causa* de diverses universités d'Amérique latine.

Il ne faudrait pas croire cependant que Dumas n'ait connu que l'heureux épanouissement de sa riche personnalité et de son œuvre scientifique. Toute existence a ses inquiétudes et ses tourments. La sienne a subi une souffrance qui a mis à terrible épreuve son stoïcisme. En 1929, il a perdu, à 13 ans et demi, sa fille Madeleine, dont il avait suivi le développement avec la tendresse et la fierté que peuvent éprouver un père et un psychologue devant une enfant admirablement douée, jolie, gracieuse, primesautière, d'un jugement précoce et naïf. Entre son père et sa mère, dans leur immense détresse, ce fut alors une émulation à qui réconforterait l'autre. Puis, avec l'âge, Dumas fut atteint d'une cataracte double qui finit par le priver presque complètement de la vue. Ici encore il fit montre d'une grande fermeté. Il sut organiser son travail de telle sorte que de cette époque date l'élaboration de son dernier livre, son livre posthume : *le Surnaturel et les dieux d'après les maladies mentales. (Essai de théogénie pathologique)*. Il venait de l'achever quand la mort l'a cueilli presque sans souffrance. A une troisième poussée de broncho-pneumonie, le cœur céda. Il avait 80 ans.



Dans un exposé de titres établi par lui-même lorsqu'il était candidat à l'Institut, Dumas a inscrit : « Elève de Théodule Ribot dans son enseignement du Collège de France, de 1889 à 1896 ». Témoignage de reconnaissance pour son maître, pour celui à la mémoire de qui il dédiait le Traité de Psychologie publié sur son initiative et sous sa direction, mais aussi témoignage de fidélité aux principes et aux méthodes préconisés par Ribot. Dumas ne s'est pas fait faute de citer d'autres inspirateurs, avec lesquels il confrontait sa propre pensée. Au premier rang son aîné Pierre Janet, l'ami de toute sa carrière scientifique ; et puis Séglas dont il rappelle souvent les admirables analyses cliniques, quelquefois pour y opposer une psychologie plus étoffée, moins schématique, plus exacte que celle dont disposaient les aliénistes à la fin du siècle dernier ; et aussi tous ceux parmi ses contemporains ou ses cadets dont les idées ont été un stimulant pour les siennes.

Mais la place de Ribot reste unique. C'est à lui qu'il devait le postulat de la méthode que son œuvre a constamment utilisée.

Ribot la tenait lui-même de Cl. Bernard. Elle a pour principe angulaire l'identité des lois naturelles, soit biologiques, soit psychologiques, quels que soient leurs effets, normaux ou pathologiques. La différence des uns et des autres tient seulement à ce qu'elles s'exercent dans des conditions différentes : seul le dispositif de l'expérience a changé. Pour réaliser un effet anormal, pathologique, pour faire de « la médecine expérimentale », il faut et il suffit de reproduire, dans un organisme sain, les altérations qui sont supposées la cause du trouble observé. Si le résultat est conforme à l'hypothèse, preuve est faite qu'entre l'altération et le trouble il y a bien rapport de cause à effet et du même coup la constance des lois est confirmée dans le domaine du normal et du pathologique.

Ainsi Cl. Bernard pouvait dire de la maladie qu'elle est une expérimentation spontanée, naturelle, dont l'expérimentation artificielle, scientifique n'a qu'à s'inspirer. Mais dans un domaine où l'expérimentation artificielle, scientifique est impossible, elle pourra donc y suppléer. Il suffira de l'étudier dans ses conditions et dans ses effets. Telle était la conclusion de Ribot à l'égard de la psychologie humaine, car l'homme a une activité qui ne se rencontre pas sous des formes équivalentes chez l'animal. Et les expériences admises sur l'animal ne le seraient pas chez l'homme.

Cependant cette interdiction de l'intervention qui vérifie l'hypothèse changeait la méthode de fond en comble. De l'expérience décisive, parce qu'intentionnellement construite, il fallait en revenir à la simple observation comparative. Il ne reste, en effet, pour vérifier d'un rapport s'il est vraiment causal, que de rechercher si la même circonstance s'accompagne toujours du résultat constaté, ou s'il ne se rencontre pas avec elle d'autres circonstances qui l'expliqueraient plutôt qu'elle-même. Pour cette analyse différentielle il faut parfois réunir un nombre indéfini de cas, ceux qu'offre la réalité brute étant souvent fort emmêlés. Au lieu d'une expérience cruciale une collection, au lieu d'une opération une enquête. Autrement dit la recherche individuelle ne suffit plus. Il faut mettre avec d'autres chercheurs les observations et les interprétations en commun.

Ce genre de travail convenait amirablement aux aptitudes et au tempérament de Georges Dumas. Sa sociabilité spontanée devenait une véritable technique. Il aimait et savait instituer une discussion où chacun pût relater ses expériences, émettre son avis. Entre tous les témoignages apportés il essayait d'éta-

blir les points de concordance, de réduire les oppositions, afin d'obtenir un résidu commun. Ses écrits eux-mêmes procèdent de la sorte. Il fait le tour des cas publiés, des théories, des opinions. Il compare, il en rejette ceci et en retient cela, avec une incontestable ingéniosité de jugement et clarté d'esprit. Ses conclusions apparaissent enfin comme un modèle de bon sens.

Cette science qu'il avait d'accorder entre eux des points de vue d'abord divers, lui a permis d'entreprendre et de mener à bien une des grandes œuvres de sa vie : *le Traité de psychologie* qui porte son nom. Il en a personnellement écrit des parties très importantes. Mais peut-être son mérite a-t-il été plus grand encore d'amener à construire une œuvre vraiment cohérente des hommes qui appartenaient à des disciplines et à des écoles différentes. Leur liste pourrait faire redouter une cascade d'oppositions. Avec cette diplomatie qui lui était naturelle, Dumas a su convaincre chacun d'entrer en composition avec les idées du voisin. Le programme commun était d'ailleurs, non d'exposer chacun sa doctrine ou son système personnels, mais d'extraire dans la production unanime des savants les résultats qui semblaient le mieux établis. La science paraissait à Dumas progresser d'un mouvement continu, par addition graduelle de connaissances, sans contradictions réelles ni révolutions d'une étape à l'autre. Il en avait une conception positiviste : au delà des rapports reconnus constants entre les phénomènes et dont il faut s'efforcer d'accroître sans cesse le nombre rien que des « hypothèses commodes » (Poincaré), et qu'il serait d'autant plus facile d'oublier dans le compte des résultats qu'elles ne permettront jamais d'atteindre à la réalité profonde des choses.

Le premier Traité de psychologie était à peu près achevé avant la guerre 1914-18. Il n'a pu être publié qu'après. Son succès a été considérable. Tout aussitôt Dumas entreprit de le recommencer sur un plan beaucoup plus vaste. Le premier volume du *Nouveau Traité* parut en 1930. Trois volumes et de nombreux fascicules sont déjà sortis. Quelques années avant sa mort Dumas avait confié à Henri Piéron la direction de la partie consacrée à la Psychologie appliquée. Considérablement accru, tant dans la substance de ses chapitres que par le champ des questions traitées, cet ouvrage présentera le tableau sans doute le plus complet des sciences psychologique à notre époque. Faut-il rappeler que Dumas est, avec Pierre Janet, le fondateur du *Journal de psychologie normale et pathologique* dont il a, durant de nombreuses années, assumé la direction effective et

dont il voulait faire un organe d'échanges entre les psychologues d'une part, entre la psychologie et toutes les sciences connexes d'autre part.

***

La pathologie au service de la psychologie a été dans l'enseignement de Dumas et dans ses recherches son instrument de prédilection. Sa chaire de psychologie expérimentale aurait été plutôt une chaire de psychopathologie s'il n'avait fait de la psychopathologie un usage des plus étendus et des plus divers. Il s'en est servi comme d'une clé pour s'introduire dans le domaine de la psychologie normale, dans celui de l'invention philosophique, dans celui de la création religieuse. Avec sa finesse d'esprit critique il a d'ailleurs apporté dans ces applications tous les tempéraments nécessaires. Et bien des critiques qui lui ont été faites à cet égard n'étaient pas méritées, car il les avait énoncées lui-même au préalable.

Dans son livre *La Tristesse et la Joie,* qui lui servit de thèse à la Sorbonne, il avait pris pour objet d'étude des malades : des mélancoliques pour la tristesse, des maniaques pour la joie ; de ces malades dont l'observation est d'autant plus féconde que les mêmes passent souvent par l'un et l'autre état. Etudier par leur intermédiaire la tristesse et la joie peut cependant prêter à différentes objections. La tristesse et la joie normales ne sont-elles pas une façon de réagir et de s'adapter à des situations déterminées qui fait nécessairement défaut dans la mélancolie et dans la manie, où les situations réelles ne comptent guère, où elles sont travesties suivant l'humeur du malade ? Et l'humeur du malade est-elle bien celle de la tristesse ou de la joie ? Par exemple la joie vraie s'accommode-t-elle de l'agressivité coléreuse ou ironique qui accompagne de façon sublatente ou déclarée toute excitation maniaque.

Sans doute Dumas n'admet-il pas ces réserves (1). De toutes façons les maniaques et les mélancoliques lui sont une occasion de prendre des mesures, des enregistrements, de faire des dosages qui sont un essai de ramener leur état à ses conditions physiologiques. Tracés respiratoires, circulatoires, analyse des urines portent ici sur des objets fixes et observables à volonté, alors que la tristesse et la joie normales sont des états fugitifs, modifiables avec les situations et qui ne résisteraient pas à

(1) *Nouveau Traité de psychologie,* t. II, p. 255-56.

l'ennui ou à l'intérêt causés par un examen de laboratoire. Difficultés analogues pour l'étude de la mimique dont Dumas n'a cessé d'être occupé. Lorsqu'il reprendra la question dans *le sourire et l'expression des émotions* et surtout dans le deuxième et le troisième tomes du *Nouveau Traité,* c'est sur leurs conditions physiologiques que porteront principalement ses analyses. Ainsi la pathologie ne lui sert-elle que de première approximation pour des analyses ultérieures.

Comment deux philosophes, non pas des abstracteurs de quintessence, mais de ceux qui prétendent apporter à la société une vérité propre à la renouveler, n'auraient-ils pas attiré l'attention de Dumas, déjà plein d'intérêt pour ces aliénés qu'il appelait des Messies, s'ils ont eux-mêmes présenté des troubles mentaux ? C'est ainsi qu'il a écrit son livre *Psychologie de deux messies positivistes* (*Auguste Comte et Saint-Simon*). Assurément il a trop souvent insisté sur l'extrême stérilité des cogitations chez l'aliéné pour expliquer de grands systèmes philosophiques ou économiques par la folie de leurs auteurs. Cependant l'inclinaison que prend la pensée du réformateur ne peut-elle répondre au même déséquilibre mental dont certains paroxysmes morbides sont la manifestation ? Par exemple, pour Auguste Comte, faut-il tenir comme sans rapports mutuels les troubles mentaux qui le firent interner, son amour quasi-mystique pour Clotilde de Vaux et sa religion de l'Humanité à travers la Femme ?

Le problème lui tenait à cœur. Il y est revenu, en lui donnant une portée beaucoup plus générale, dans son dernier livre : *Le surnaturel et les dieux d'après les maladies mentales.* (*Essai de théogénie pathologique*). Il se demande si, des maladies mentales, il ne pourrait surgir des croyances au surnaturel, ou plutôt l'invention d'un surnaturel qui aurait quelque analogie avec le surnaturel et les dieux qui appartiennent à la croyance commune des sociétés humaines primitives. Il se fait une objection préalable qui saute aux yeux. C'est le caractère collectif des croyances religieuses, le caractère d'institution qu'a leur surnaturel et le caractère en quelque sorte isolant qu'ont les croyances de l'aliéné, la valeur essentiellement subjective du surnaturel créé par son délire. C'est un surnaturel expressément à son usage. Et il est fort surpris, déconcerté, si l'interlocuteur paraît entrer dans le jeu et se dit en communication avec les mêmes puissances que lui.

Pour Dumas cette différence n'interdit pas la comparaison,

comme sans doute elle ferait pour ces sociologues qui tiennent que la société a sa réalité propre. Il n'a jamais été sensible à leurs raisons et il avait pour quelques-uns de leurs principes une sorte d'ironie, qu'il n'a pas toujours su cacher. Même Ch. Blondel dont il avait adopté les idées essentielles n'a pas modifié son attitude fondamentale. Les « croyances collectives » étaient à son avis un *flatus vocis*. C'est toujours à l'individu qu'il faut en revenir comme à la réalité dernière. C'est en lui qu'il faut chercher les éléments de la croyance, l'origine du surnaturel et des dieux. Comme déjà l'énonçait Hume dans un texte célèbre, ils ne sont que la projection de la crainte et de l'amour. Crainte et amour du primitif, crainte et amour de l'aliéné.

Mais cette similitude est entre l'aliéné et le primitif encore bien vague et bien grossière. Dumas emprunte à Leuba les conditions que doivent remplir les dieux pour mériter ce nom et il en fait la comparaison avec le surnaturel des aliénés. Il y a coïncidence partielle, mais non totale. Dans les deux cas il s'agit d'agents spirituels qui exercent leur pouvoir sur les pensées, la volonté, les sentiments des fidèles ou de l'aliéné. Dans les deux cas ces agents ont un caractère personnel. Pourtant, si leur pouvoir est suprahumain : toute-puissance, omniscience, ubiquité, pour l'aliéné, ce pouvoir ne s'exerce que par rapport à lui-même, tandis que pour le primitif il est objectif et vaut pour tous. Seconde différence, le pouvoir divin des religions n'est pas délégué, il appartient à l'essence des dieux ; les puissances occultes de l'aliéné procèdent d'une révélation, de sociétés secrètes, de la magie, de sciences mystérieuses. Sauf apparition miraculeuse, les dieux sont invisibles ; avec l'aliéné, au contraire, seule l'absence fréquente d'hallucinations visuelles doublant ses hallucinations auditives ou psychomotrices dérobe à sa vue ses persécuteurs et ses protecteurs. Enfin les deux derniers caractères de la divinité peuvent s'observer, mais pas toujours, dans les croyances de l'aliéné comme dans celles du primitif : c'est d'être accessible aux offrandes ou aux prières et d'être éventuellement bienveillante.

Parmi les aliénés, Dumas a naturellement fait des distinctions. Non seulement entre ceux dont le délire implique des interventions supranaturelles et les autres, mais entre les productions délirantes elles-mêmes selon les variétés d'aliénés. Et ce n'est pas le moindre intérêt de ce livre posthume que d'avoir amené son auteur à proposer un classement des maladies mentales. Pendant quarante années d'enseignement et de recherches

Dumas avait manié cette substance expérimentale et jamais encore il n'avait eu l'occasion de mettre par écrit ses conceptions nosographiques. Une seule fois il avait abordé les problèmes cliniques pour eux-mêmes. C'est au moment de la guerre 1914-18 en conséquence des fonctions qui lui avaient été confiées à la 3e Armée, comme inspecteur des hôpitaux psychiatriques et de récupération. En 1918 et 1919 il a publié deux livres résultant de ses enquêtes et de ses observations, l'un en collaboration avec le Dr Aimé : *Névroses et psychoses de guerre chez les Austro-Allemands* (*d'après les revues et journaux médicaux publiés en Allemagne pendant la guerre*), l'autre : *Troubles nerveux et troubles mentaux de guerre.*

Les cas dont il avait eu à s'occuper relevaient surtout de la confusion mentale : choc, blessures, épuisement, surmenage émotionnel causaient des troubles mentaux dont les séquelles pouvaient être durables, mais passer inaperçues. Dumas a eu le grand mérite d'attirer sur elles l'attention et des médecins et du commandement. Il a soustrait ainsi aux sanctions du Conseil de guerre des hommes qui pouvaient, à première vue, sembler normaux, mais qu'un examen adéquat montrait obnubilés dans leur discernement des situations.

C'est aussi chez cette catégorie de malades qu'il a pu observer les rapports de la confusion et de l'hystérie. Ce qui a été perte fonctionnelle, sous l'influence d'un choc commotionnel ou émotionnel par exemple, peut persister à l'état de lacune lors du retour au psychisme normal, parce que la résistance éprouvée est acceptée comme insurmontable et définitive. Ainsi va se trouver constitué dans le domaine moteur, sensoriel ou intellectuel, un de ces scotomes qui sont parmi les manifestations les plus souvent décrites dans l'hystérie. L'épine suggestive avait été la difficulté fonctionnelle, la persistance de l'accroc résulte d'un désir ou d'un intérêt inavoué, dans l'espèce celui de rester indisponible pour le front.

*
**

Dans leur diversité les idées de Dumas, tant en psychologie qu'en psychiatrie ont un centre de gravité bien défini. Sans doute il ne ferait pas, comme son maître Ribot, de la conscience un simple épiphénomène. Mais il a été surtout attiré par l'étude de ses conditions organiques et physiologiques. Une de ses premières publications a été une traduction du livre *Les Emotions* de Lange

où l'auteur semblait plus ou moins réduire leur cas à une simple agitation corporelle. Les émotions sont restées son objet préféré d'études, sans doute parce qu'elles sont le terrain d'élection où doit s'opérer, selon l'expression de Descartes, l'union de l'âme et du corps. Pour qui admettrait cette dualité, il devrait reconnaître que Dumas a donné l'importance majeure au corps. Il s'en explique d'ailleurs à propos du choc émotionnel qu'il place à la base des émotions. « *Mais qu'on synthétise ou non ces données de la conscience organique, il est impossible de ne pas remarquer combien elles sont vagues et imprécises, si nombreuses qu'elles soient, et combien leur domaine est restreint par rapport à l'immense domaine des variations organiques tout à fait inconscientes qui entrent dans la constitution du choc... Par ces variations le choc émotionnel est un fait biologique profond et complexe où la cause psychique originelle ne joue qu'un rôle de déclanchement, un fait qui intéresse le système neuro-végétatif comme le système cérébro-spinal, un fait où l'analyse nous révèle, à côté de troubles proprement physiologiques, des troubles physiques, chimiques, toxiques et qui vient seulement affleurer, dans ses parties supérieures et avec des tonalités confuses, à la vie consciente.* » (1). Simple occasion ou confuse affleurance, en regard du fait biologique le fait de conscience compte en somme pour bien peu.

Mais le fait biologique est complexe, il est varié et capricieux. Des tracés respiratoires ou circulatoires sont bien choses précises et objectives. Leur somme au contraire est un ensemble mouvant, d'aspect trop souvent disparate. Comment les coordonner et les interpréter ? Peut-être leurs discordances tiennent-elles à des confusions initiales entre les faits à comparer. Et, fidèle à sa large méthode de prospection, Dumas consulte, discute les auteurs. Il leur reproche, et en premier lieu à son maître Ribot, d'avoir trop souvent mêlé entre eux ces trois couples : agréable-désagréable, douleur-plaisir, tristesse-joie.

L'impression sensorielle la plus dénuée de résonance affective, une impression visuelle par exemple, peut être indifférente, agréable ou désagréable. C'est affaire d'intensité dans l'excitation. A un certain degré de vivacité la sensation produite passe de l'indifférent à l'agréable ; au-dessus d'un certain niveau, elle tend au désagréable. La douleur et le plaisir sont tout autre chose. Ils ont un caractère de spécificité. Von Frey soutient qu'il

(1) *Nouveau Traité de psychologie*, t. II, p. 345-46.

y a dans la peau des points de sensibilité à la douleur comme il y en a pour le tact, pour le chaud et pour le froid. Dumas fait siennes les objections élevées contre cette théorie, mais il conclut avec Piéron, sinon à des extrémités sensorielles spécialisées, du moins à un système de conduction et à des centres nerveux particuliers. Distinguée de certaines douleurs qui sont en réalité des données sensorielles comme la piqûre, la douleur proprement dite se caractérise par un cheminement beaucoup plus lent vers les centres, car ses voies sont différentes, ce sont les fibres amyéliniques du système sympathique ; et les centres de la sensibilité douloureuse ne sont pas, comme ceux des impressions sensorielles, dans l'écorce cérébrale, mais dans le thalamus. Quant à la tristesse et à la joie, leur surface de stimulation n'est pas la périphérie cutanée ou viscérale, c'est l'activité cérébrale, c'est la perception comme telle, c'est l'image. La tristesse et la joie ne sont ni pure sensorialité, ni pure sensibilité affective, ce sont des émotions.

Pourtant cette triple différenciation ne permet pas un classement distinctif des variations biologiques qui accompagnent chacun des trois couples. Celles-ci ne seraient-elles pas plus affaire de quantité que de qualité ? Il y a en effet trois niveaux d'excitation. Le plus bas n'entraîne qu'une réaction brève, le plus élevé provoque une sorte de sidération et de paralysie organiques. C'est dans la zone intermédiaire que se déploient, selon toute leur variété, les modifications du pouls, de la pression artérielle, de la répartition sanguine, du rythme et de l'amplitude respiratoire, des secrétions glandulaires telles que salive, suc gastrique, biliaire ou pancréatique, des émissions endocriniennes telles qu'adrénaline, thyroïdine, pituitine, des contractions viscérales de l'appareil digestif ou urinaire.

Cependant toutes ces variations ne sont pas de même sens dans tous les appareils : elles ne sont pas toutes à la fois sthéniques ou hyposthéniques. Serait-ce donc diversité des systèmes intéressés ? Effectivement les appareils de la vie végétative ont pour la plupart une double innervation, deux innervations antagonistes. L'une relève du système sympathique dont les ganglions sont échelonnés au-devant de la colonne vertébrale et répartis dans les différents organes ; c'est le segment thoraco-lombaire du *système autonome*. L'autre dépend du système parasympathique qui appartient aux deux extrémités céphalique et sacrée ; la conduction se fait par des fibres qui accompagnent les nerfs crâniens et pelviens. En gros les réactions organiques de l'émo-

tion sont celles du sympathique, et à un certain niveau d'intensité les excitations sympathiques paralyseraient l'activité du parasympathique. Ainsi pourrait s'expliquer la diversité qui s'observe dans les complexes physiologiques qui souvent accompagnent la même espèce d'émotion.

Il subsiste néanmoins de grosses difficultés. Dumas cite cette objection que Cannon s'adresse à lui-même : comment se fait-il que dans les fortes émotions les muscles lisses du rectum et de la vessie entrent en action bien qu'innervés par le parasympathique ? Et il admet la possibilité d'un effet semblable à ce que produisent l'infection tétanique ou l'empoisonnement strychnique : un bouleversement dans les rapports des centres tel que des innervations opposées se déchargent simultanément, les plus fortes l'emportant sur les autres. Mais sont-elles si exceptionnelles ces émotions fortes et si anormales dans leurs effets ? Harvey Cushing paraît plus conséquent qui ne réduit pas à l'adrénaline le stimulant chimique de l'émotion, mais y ajoute une secrétion de l'hypophyse qui agirait par l'intermédiaire du liquide céphalo-rachidien sur les centres parasympathiques du diencéphale.

Cependant l'interprétation des effets dus au sympathique et au parasympathique reste assez confuse pour qu'à quelques pages d'intervalle Dumas puisse écrire (p. 343) : « Il ne paraît pas douteux après tous ces exemples qui sont, pour la plupart, empruntés à Cannon, et même après les exceptions qu'il est le premier à signaler, que la systématisation proposée ait pour elle une grande vraisemblance et qu'ainsi s'explique en partie la conception traditionnelle que les émotions fortes sont inhibitrices. *Elles sont inhibitrices, en effet, parce qu'elles se traduisent par une forte excitation du sympathique* » (1). Et plus loin (p. 354) : « Comme on le verra par ce qui va suivre, *ce que nous appelons la forme active d'une émotion,* c'est la forme sous laquelle elle se traduit par des réactions parmi lesquelles *la plus importante est l'excitation du sympathique* dont nous avons énuméré avec Cannon les principaux signes : accélération cardiaque, hypertension, accroissement du tonus, horripilation, mydriase, etc... » Est-il suffisant d'invoquer, dans le premier cas, celui des émotions fortes, des émotions qui inhibent, une excitation du sympathique assez énergique pour supprimer les fonctions du parasympathique, si par ailleurs les manifestations du sympathique sont par elles-mêmes toniques ?

(1) C'est nous qui soulignons.

Pas plus qu'une différence d'intensité dans l'excitation et dans ses effets physiologiques, la distinction entre les réactions commandées soit par le sympathique, soit par le parasympathique n'est suffisante pour rendre compte de la diversité entre les émotions. Et il faut bien admettre leur spécificité psychologique. Dumas les ramène à quatre : la tristesse, la joie, la peur, la colère. A chacune il reconnaît une forme passive et une forme active, bien que pour la joie passive il y voie plutôt une anomalie. C'est entre les formes active et passive de chaque émotion que la comparaison de leurs concomitants est possible bien plutôt qu'entre deux d'entre elles. Ne reste-t-il aucun moyen physiologique de les opposer ?



Mais voici l'expression des émotions qui semble mettre entre elles des différences sensibles. Qui ne distingue à première vue un homme triste ou joyeux en colère ou effrayé ? C'est là un problème dont Georges Dumas s'est occupé avec prédilection. Il y a consacré son livre sur *le sourire et l'expression des Emotions,* puis de substantiels chapitres dans le III[e] T. du *Nouveau Traité de Psychologie.* Il commence ici encore par des distinctions destinées à clarifier le débat. La confusion habituellement faite entre l'expression des émotions et la mimique est à l'origine de théories fantaisistes. L'une est un fait de nature et l'autre un langage, c'est-à-dire le résultat de conventions sociales.

L'expression des émotions n'est que la partie la plus apparente des réactions physiologiques auxquelles chaque émotion se ramène. Certains de leurs effets semblent localisés et partiels : ils ne sont que plus visibles ici qu'ailleurs, par exemple la rougeur du visage, où le réseau des capillaires est plus dense et plus superficiel. Il ne faut pas chercher de convenances particulières entre telle modification fonctionnelle et telle nuance d'émotion. Cette méthode a mené aux erreurs finalistes de Darwin, aux vaines affinités psychologiques de Wundt. L'explication doit être mécaniste ainsi que Descartes, malheureusement desservi par une physiologie encore informe, en a donné l'exemple.

A ce niveau de généralité l'expression des émotions, comme les émotions elles-mêmes, forme deux groupes : manifestations sthéniques, manifestations asthéniques. Dans la joie les fonc-

tions qui dépendent du sympathique entrent en activité, dans la tristesse au contraire leur activité baisse. Mais il n'y a pas qu'une expression respiratoire, circulatoire ou glandulaire des émotions, il y a surtout leur expression musculaire. Et l'intérêt des expériences faites par Dumas personnellement est d'avoir étendu de l'appareil neuro-végétatif à l'appareil moteur son explication dynamogénique. S'inspirant d'une observation faite par Mossé sur la tête d'un chien décapité, à qui il avait pu faire exprimer toute la gamme des émotions, depuis la joie jusqu'à la férocité, en appliquant aux troncs périphériques des nerfs sectionnés des courants d'intensité croissante, Dumas a imaginé d'appliquer cette méthode à l'homme vivant.

L'étude électrique de la physionomie avait été déjà tentée sur l'homme par Duchenne de Boulogne, mais c'était par l'excitation directe des muscles et c'est ainsi qu'il avait cru trouver dans chacun l'organe d'expression pour une émotion particulière. La méthode de Dumas a été différente et ses conclusions inverses. Il a fait porter l'excitation non sur les muscles isolément, mais sur le nerf facial qui les commande tous, à l'exception des muscles masticateurs. Il a montré qu'une intensité graduelle du courant donne l'expression du sourire, par contraction légère de tous les muscles qui tendent à relever les traits du visage. Pourquoi ceux-ci et pas les abaisseurs ? Pour une raison également mécanique. L'action des releveurs est cohérente, synergique, celle des abaisseurs dispersée. C'est une simple question de force entre les deux groupes. Pour une certaine intensité du courant, la figure devient grimaçante, par suite de la contraction généralisée des muscles. Chez l'homme leur appareil est sans doute trop complexe, trop différencié pour que l'image d'émotions caractérisées réponde, comme chez le chien, à la simple croissance des stimulus.

A l'opposé du sourire qui exprime la joie il y a les traits qui tombent de la tristesse : simple atonie généralisée. Cependant comment va se faire la différenciation entre la joie et les autres émotions sthéniques d'une part, la tristesse et les autres émotions asthéniques d'autre part ? Par des combinaisons entre les effets de l'émotion proprement dite et ceux d'autres activités, soit liées aux appétits, soit en rapport avec l'activité perceptive ou mentale. Ainsi une bonne accommodation visuelle donne lieu, non seulement à des contractions intrinsèques du globe oculaire, mais aussi extrinsèques et périorbitaires. Les mêmes contractions, plus ou moins atténuées, se sont liées à l'effort de percep-

tion dans les autres domaines sensoriels : auditif, olfactif et même gustatif, parce que l'effort visuel est le plus fréquent, le plus constamment nécessaire et parce que ses voies se sont ainsi largement ouvertes. Elles se sont, pour la même raison, liées au pur effort mental. Elles entrent de la même façon dans la manifestation des émotions qui ne sont pas purement subjectives dans leurs effets, comme la tristesse ou la joie, mais qui sont tendues vers un objet extérieur, comme la peur ou la colère.

Tel est le principe des explications proposées par Dumas ; il reconnaît lui-même que les applications n'en sont pas toujours faciles ou évidentes. Mais c'est surtout quand il revient aux manifestations neuro-végétatives de l'émotion qu'il doit leur supposer un mécanisme plus diversifié. Comment se fait-il, par exemple, que des effets dus semblablement à l'excitation du sympathique comme la sudation et l'horripilation, loin de se produire simultanément, apparaissent dans des conditions émotionnelles tout à fait distinctes comme sont l'embarras, la peur ou la timidité et l'horreur, la colère ou l'enthousiasme ? « La sueur, suggère Dumas, serait un phénomène de dérivation, l'horripilation un phénomène d'excitation. » L'impuissance à trouver les réactions motrices ou mentales appropriées se traduirait par le passage de l'excitation dans l'appareil sudoripare. Quand, au contraire, l'excitation fait se lever des velléités d'action c'est le système pilo-moteur qui entrerait en érection. On voit comment l'explication mécaniste doit ici se compliquer et même faire appel à des situations purement psychiques.



Le rire et le pleurer peuvent faire la transition entre les émotions où Dumas les place et les mimiques, dont il parle ensuite. Par leur appareil physiologique où ils déclanchent de vrais paroxysmes, par leurs mécanismes psychologiques ce sont des émotions. Mais ils sont aussi un langage. Dumas note combien le rire d'un solitaire nous semble insolite et comment les larmes sont devenues en bien des cas un rite social dont l'extension à des circonstances plus ou moins diverses de la vie dépend des époques et des civilisations.

La difficulté est toujours d'expliquer, dans le détail, comment l'excitation ou la dépression généralisées des fonctions physiologiques et motrices se décompose en systèmes différents d'expression, et la raison qui réunit chacun d'entre eux à telle dispo-

sition psychique plutôt qu'à telle autre ? Avec beaucoup d'ingéniosité Dumas finit par établir une sorte de similitude entre les conditions psychologiques et physiologiques du rire. De toutes les théories qui s'efforcent d'expliquer le comique il extrait cette idée que c'est une attente de quelque chose, une émotion tendue vers un certain objet qui, brusquement, se résout à rien ou presque rien. C'est cette chute, c'est ce contraste qui ont été, suivant les auteurs, interprétés tantôt comme une simple surprise, tantôt comme un sentiment de supériorité dans le sujet, tantôt comme la dégradation de l'objet, tantôt comme du rigide, du conventionnel, de l'automatique, du mécanique, substitués au spontané ou au vivant. Une analyse parallèle amène Dumas à voir dans les convulsions du rire une décharge, une chute d'énergie musculaire, un potentiel d'influx moteur qui se résout en contractions spasmodiques, dont le siège est d'abord dans les muscles expiratoires, mais qui peut s'étendre à ceux du tronc, puis à ceux des membres.

Dans les pleurs il y a aussi des manifestations musculaires : les sanglots, dont la ressemblance avec les mouvements thoraciques du rire est telle que la distinction est impossible à faire sur leur simple enregistrement. Pourtant les sanglots ne sont pas comme le rire susceptibles d'intéresser tous les muscles du corps. En revanche ils s'accompagnent beaucoup plus fréquemment de larmes. Celles-ci, qui commencent par se rencontrer dans des émotions assez diverses, et en particulier dans la colère aussi bien que dans la souffrance ou dans le chagrin, se limitent de plus en plus étroitement à certaines d'entre elles, et finissent même par devenir un véritable langage spécialisé.

Ces fluctuations se ramènent, selon Dumas, à trois mécanismes. Comme les manifestations motrices, les larmes sont d'abord un fait de dérivation ; mais si les mouvements sont empêchés ou réprimés, les larmes s'y substituent plus ou moins complètement. Ainsi elles subsistent seules quand la bienséance oblige à modérer l'expression musculaire de la souffrance ; au contraire elles s'éliminent de la colère, où il y aurait plutôt ostentation de force. Enfin elles peuvent être artificiellement provoquées par la production volontaire d'une réaction qui les accompagne habituellement et c'est ainsi qu'elles peuvent devenir un procédé plus ou moins conventionnel d'expression.

Quant aux mimiques proprement dites, elles sont un langage et comme telles d'origine sociale. Ce n'est pas l'individu qui peut les tirer de sa propre expérience émotionnelle. L'exemple des

aveugles-nés montre bien leur impuissance à réaliser intentionnellement des mimiques où ne feraient pourtant que se répéter leurs propres expressions émotionnelles. Il leur manque la vue pour en puiser les modèles autour d'eux. Le modèle est extérieur, non interne. Mais s'il peut être reproduit, c'est par des mécanismes psychologiques dont Dumas détaille les ressources avec une rare pénétration d'analyse.

La mimique est essentiellement imitation. L'imitation d'autrui trouve ses moyens dans l'imitation de soi-même, c'est-à-dire dans « l'imitation d'expression ». Alors intervient, en effet, ce savoir-faire que le sujet découvre en lui-même, parce que c'est bien à l'expression spontanée des émotions que la mimique emprunte son matériel. Mais elle le sélectionne parmi les traits les plus apparents et en général les plus faciles à reproduire volontairement. Et puis elle les développe en utilisant deux autres procédés qui sont le « transfert », c'est-à-dire, suivant le principe énoncé par Wundt de l'analogie entre dispositions psychiques, l'emploi par toutes des manifestations expressives qui appartiennent seulement à l'une d'entre elles et « l'imitation métaphorique », qui met sur l'abstrait le visage du concret et qui permet d'exprimer par le geste, l'attitude ou l'intonation, ce qui est nuance affective ou intentionnelle, par soi-même sans image figurable. Dumas en donne une série d'ingénieux exemples. Il insiste, sur les nombreux domaines aux dépens desquels se développent les mimiques : visage, voix, mouvements descriptifs des mains, postures diverses du corps.



Il est impossible de clore cet article sans indiquer la représentation nosographique qu'il se fait des maladies mentales. C'est à elles qu'il a toujours demandé des termes de comparaison pour interpréter le normal. Par l'intermédiaire de Séglas, de Chaslin, d'Arnaud, qu'il a beaucoup fréquentés, il se rattachait aux grands aliénistes français du XIX[e] siècle. A la clinique de Ste-Anne il a vu l'influence successivement exercée sur la psychiatrie française par des systèmes venus de l'étranger, ceux en particulier de Kræpelin et de Bleuler. Sa propre doctrine, qu'il a exposée seulement dans son dernier ouvrage, retient, à peu de choses près, les analyses faites par Séglas, en particulier sur les hallucinations ; mais elle s'inspire aussi de la systématique kræpelinienne et des grandes familles psychiques entre lesquelles Bleuler distribue le monde des aliénés.

Sans opérer de trop vastes fusions et tout en restant fidèle à l'esprit discriminatif qui est dans la tradition française, il répartit les psychoses en deux groupes : les *réalistes* et les *déréalistes*. Les premières, qui sont presque toujours constitutionnelles, sont orientées vers le réel, d'où le délire ne détache pas le malade, mais d'où il tend lui-même à s'insérer, à trouver ses arguments, ses instruments, à développer ses conséquences. Dans les psychoses déréalistes, au contraire, il juxtapose une réalité nouvelle à l'ancienne, sans se soucier de les accorder entre elles.

Les psychoses réalistes peuvent être distinguées en deux espèces, les statiques ou émotionnelles et les dynamiques ou passionnelles. Le type des premières est la psychose maniaque-dépressive qui peut bien teindre à sa façon l'ambiance, mais qui en reste étroitement dépendante. Il faut y ajouter la psychasthénie, où le sentiment d'incomplétude n'est que l'angoisse de ne pas se sentir suffisamment en contact avec le réel. Les psychoses dynamiques sont à base de crainte, de désir, d'espérance. Elles comprennent les paranoïas raisonnantes et les paranoïas psycho-sensorielles ou psychomotrices, car même les hallucinés cherchent dans la réalité sociale leurs persécuteurs ou leurs protecteurs, ils appliquent à leurs illusions la même logique qu'à des faits réels. L'hystérie est à classer elle aussi parmi les psychoses réalistes et dynamiques, car tout en mêlant l'inconscient au conscient c'est vers le monde extérieur qu'est sans cesse tourné l'hystérique, par ses démonstrations spectaculaires et pour la réalisation de ses intérêts ou de ses lubies.

Les psychoses déréalistes ont une grande ressemblance avec le rêve et par conséquent englobent tous les états oniriques. Mais elles s'étendent aussi à des cas où la dissociation est beaucoup plus profonde entre le délire et le réel. Tantôt ils subsistent côte à côte, sans paraître se gêner mutuellement. C'est ce qui s'observe dans la paraphrénie où le comportement vis-à-vis du réel reste normal alors que se développe un délire étrange et souvent incompréhensible. Tantôt le délire paraît être une rupture graduelle et plus ou moins profonde avec le réel dont le malade se détache pour ne plus être occupé que de ses intérêts intimes, de ses impressions subjectives, d'inexprimables affects, de ses habitudes, de ses gestes : c'est la schizophrénie à ses différents niveaux.

Sans doute cette distinction majeure en psychoses réalistes et déréalistes pouvait-elle être dictée à Dumas par le but de son livre, qui était l'étude du surnaturel et des formes qu'il recevra

suivant les mécanismes psychologiques en jeu. Mais on peut supposer aussi que le problème ultime sur lequel il s'est arrêté était la conséquence de ses réflexions sur les maladies mentales. Il leur avait trop souvent demandé des éclaircissements sur le normal pour ne pas, réciproquement, les classer en fonction du réel.



Ai-je réussi à évoquer, pour ceux qui ne l'auront pas connu, le prestige qu'exerçait Georges Dumas ? Ai-je rendu compte de son activité scientifique ? C'était mon seul dessein de le faire, sans commentaires importuns. Peut-être pourtant convient-il de situer brièvement son œuvre dans la psychologie de notre époque, et ses méthodes intellectuelles parmi les courants de la pensée contemporaine.

Utilisant l'étude du pathologique comme méthode différentielle pour mieux saisir les lois du normal, il a couvert ainsi un large secteur des recherches psychologiques, où il voyait surtout un prolongement de recherches physiologiques : la voie reste largement ouverte. Mais, pendant ce temps, son concurrent malheureux à la Sorbonne, Alfred Binet, donnait une impulsion décisive à la méthode des tests, qui, depuis a conquis de vastes domaines dans l'industrie, dans l'éducation, où les applications, les problèmes, les solutions s'engendrent mutuellement. En regard de cette psychologie statistique se développe aussi une psychologie structurale. Enfin la psychologie génétique s'est constituée en débordant les cadres des genèses purement biologiques. Ainsi s'est considérablement élargi le champ où la psychologie doit se déployer.

De sa sociabilité Dumas tenait un ensemble de qualités intellectuelles qui ont orienté son attitude scientifique. Car elle n'était pas extérieure et banale, mais intime et comme un besoin de reconnaître en autrui toutes les conformités possibles. Sur le plan des idées, il était ainsi amené à extraire de toutes, ce qui pouvait en être assemblé sans contradiction. La vérité lui paraissait être dans un accord, supérieur aux divergences individuelles. Il faisait volontiers le tour des opinions et des auteurs, provoquant souvent le témoignage de ceux dont il n'avait pu recueillir l'avis dans leurs écrits. Il pratiquait, spontanément, avec toute la maîtrise de son intelligence souple et cultivée, la méthode éclectique.

C'était agir en parfait accord avec une conception de la science qui la voit progresser de façon continue, par assimilation graduelle de ce qui peut en accroître l'héritage et par élimination des impuretés qui pourraient en compromettre la cohérence et l'intelligibilité. Le but est de sauvegarder le système de toute contradiction et de trouver le point d'où les divergences peuvent être conciliées.

Il survient pourtant des moments où la conciliation n'est plus possible, où la contradiction est inhérente au développement de la science, où la théorie nouvelle doit être la négation des théories antérieures, où parfois même il faut admettre la coexistence de deux conceptions contraires et simultanément nécessaires. La vérité n'est plus alors dans l'effacement des oppositions, elle est le résultat de ces oppositions. Elle ne se développe pas par simple addition et grossissement, mais comme la conséquence de conflits résolument reconnus. La vérité consiste en actes et non en simples nuances, dont il n'y aurait qu'à trouver le ton fondamental. Ce qu'on a appelé la crise de la physique est virtuellement la crise de toutes les sciences. La méthode éclectique, qui peut rendre des services dans les périodes de palier, doit céder le pas à la méthode dialectique dans les périodes d'escalade.

Henri WALLON.

L'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE EN POLOGNE

PAR

JAN MAZURKIEWICZ

Quelques remarques sur le développement de la psychiatrie en Pologne

Le premier hôpital, spécialement destiné aux aliénés, fut fondé en Pologne, en l'année 1724 par Boni-Fratres à Varsovie. Jusqu'à la dernière guerre, il eut le caractère d'un hôpital urbain, contenant même la clinique psychiatrique de l'Université de Varsovie. Mais il n'existe plus, ayant été totalement détruit au mois de septembre 1944, avec la clinique, sa bibliothèque, ses laboratoires, comme notre capitale tout entière.

Le premier manuel polonais « Des maladies mentales », par Bartlomiej Frydrych, imprimé en 1845, reproduisait la classification et les idées de Pinel. Les deux premiers professeurs de psychiatrie en Russie, à Saint-Pétersbourg, Jean Baliński (depuis 1857) et son successeur, Jean Mierzejewski, étaient polonais de naissance. A cette même époque, à l'Université de Varsovie, ont enseigné la psychiatrie, Janikowski (depuis 1862), et puis R. Plaskowski, — à l'Université de Jagellons à Cracovie, et les agrégés G. Neusser, puis Ch. Zulawski. En 1905, fut fondée, à Cracovie, la clinique universitaire des maladies mentales et nerveuses, dirigée par le professeur Jean Piltz, élève de Forel, Bleuler et Monakow.

Dans les dernières années avant la guerre de 1939-1945, nous avions en Pologne quatre cliniques universitaires neuro-psychiatriques, une clinique des maladie nerveuses, et une clinique psychiatrique, et 60 hôpitaux et asiles psychiatriques (environ 18.000 lits, c'est-à-dire seulement un lit pour 2.070 habitants), cinq maisons de santé, deux périodiques psychiatriques, et 266

médecins-aliénistes, dont 240 associés dans la « Société polonaise de psychiatrie ». En outre, fonctionnait encore chez nous une société anti-alcoolique « Sobriété », dirigée par M. Jean Szymański, restant depuis longtemps en étroit contact avec M. Hercod.

On peut dire qu'avant la guerre de 1939 le développement de la vie économique et sociale en Pologne progressait lentement, mais visiblement et d'un pas assuré. Dans le domaine de la psychiatrie, le progrès s'est manifesté par l'augmentation du nombre de lits psychiatriques disponibles : en 1911 : 1 lit pour 5.735 habitants ; en 1924 : 1 lit pour 2.630 habitants ; en 1939 : 1 lit pour 2.070 habitants, pour un pays ayant environ 35 millions d'habitants.

L'envahissement de la Pologne par les armées allemandes, le 1er septembre 1939, ayant pour but de procurer aux Allemands « l'espace vital » qui leur devait manquer, l'espace au delà de celui qu'ils ont réussi à nous prendre au cours de mille ans de notre histoire et de notre voisinage, a renversé complètement cette situation. Il a privé de la vie 6 millions d'habitants, il a ruiné économiquement tout le pays, il a détruit sa capitale, en expulsant les habitants et en leur dérobant tout leur bien, il a alcoolisé les habitants des villes et les paysans, et de toutes les façons possibles, il a dépravé leur morale.

Dans le domaine de la psychiatrie : les Allemands, pendant la durée de l'occupation, ont tué, par le gaz ou par les armes à feu, plus de 12.000 aliénés en traitement dans les asiles et dans les cliniques, sans compter les malades qui sont morts de faim ou de maladies intercurrentes. Des 266 médecins aliénistes polonais existant en 1939, il n'en restait en 1946 que 140. Parmi ceux qui ont péri durant l'occupation allemande, il faut citer six professeurs de psychiatrie et de neurologie, deux professeurs-agrégés, sept directeurs des hôpitaux psychiatriques, le rédacteur en chef des « Annales psychiatriques » (*Rocznik Psychiatryczny*), organe de la « Société psychiatrique polonaise ».

Le mouvement scientifique, dans le domaine de la psychiatrie, devenait, avant la guerre, de plus en plus vif. Depuis 1920 jusqu'en 1939 nous avons eu 19 congrès annuels scientifiques des aliénistes polonais. Depuis 1920 jusqu'au 1er septembre 1939 ont paru : 36 volumes des « Annales psychiatriques » ; 14 volumes des « Nouvelles psychiatriques » (« Nowiny Psychiatryczne ») ; 16 volumes (à quatre numéros) de la « Neurologie polonaise » (« Neurologia polska »), et sept numéros de l' « Hygiène psychi-

que », organe de la « Ligue de l'hygiène psychique ». Au mois d'octobre 1939, lorsque Varsovie fut occupée par les Allemands, toutes les assemblées des sociétés scientifiques furent défendues, ainsi que l'édition de leurs périodiques ; il fut même défendu de terminer l'impression des volumes qui, au moment de l'invasion de notre pays, se trouvaient presque prêts à paraître dans les imprimeries.

Au mois de novembre 1945 nous avons organisé — pour la première fois après la guerre — notre Congrès annuel des aliénistes polonais, pour discuter trois thèmes principaux : comptes rendus des crimes commis par les Allemands dans les hôpitaux psychiatriques polonais ; projets d'organisation d'assistance publique concernant l'hygiène psychique en Pologne ; effets du traitement par électro-chocs, et en outre quelques problèmes de théorie. Mais en 1946, il nous est impossible encore d'éditer même un seul périodique psychiatrique. Et quand pourront être rétablis les laboratoires et la bibliothèque de la clinique psychiatrique de l'Université de Varsovie et des autres Universités ? Après cette guerre, le trésor de la République Polonaise est bien vide, et le bien social et privé est diminué, souvent jusqu'à zéro.

Telle est notre situation actuelle, situation générale et celle concernant le domaine de la psychiatrie. Nous avons tout à refaire et nous y travaillons. Mais une lourde pensée nous accable : quand viendra la troisième guerre mondiale de ce siècle, toujours initiée par nos voisins allemands qui tendent à se procurer « l'espace vital », par l'anéantissement d'un peuple voisin ?

En publiant ce bref exposé, par le professeur Jan Mazurkiewicz, de la situation malheureuse des psychiatres polonais et des établissements psychiatriques de nos amis de Pologne, exposé que personne ne pourra lire sans émotion, misère que ne comprendront que trop bien les psychiatres français, atteints eux-mêmes par les mêmes maux, les Annales médico-psychologiques *adressent un pressant appel à tous ceux qui pourront apporter leur contribution à la renaissance des bibliothèques des universités et hôpitaux de Pologne, en particulier par l'envoi direct aux cliniques universitaires de Varsovie et de Cracovie de tous ouvrages de neurologie et de psychiatrie.*

R. C.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Lundi 25 Novembre 1946

Présidence : M. DEMAY, président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du lundi 28 octobre 1946 est adopté.

Correspondance

La correspondance manuscrite comprend :

des lettres de MM. les Docteurs Dauмézon et Sivadon, qui remercient la Société de les avoir élus *membres titulaires ;*

des lettres de Mme le Dr M. Cavé et de M. le Dr Danjou qui remercient la Société de les avoir élus *membres correspondants nationaux.*

Election de trois membres correspondants nationaux

Après lecture d'un rapport du Docteur Chanès, au nom d'une Commission composée de MM. H. Baruk, Chatagnon et Chanès, rapporteur, il est procédé au vote.

Nombre de votants 17
Majorité absolue 9

Ont obtenu :

MM. Durand .... 17 voix
Nodet .... 17 voix
Eliascheff .... 13 voix

MM. les Docteurs Charles Durand, des Rives-de-Prangins (Suisse), ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris ; Nodet, de Bourg, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux psychiatriques ; Eliascheff, médecin-directeur de la maison de santé de Nogent-sur-Marne, sont élus *membres correspondants nationaux* de la Société.

Déclaration de vacance de trois places de membre titulaire

Deux places de membre titulaire résidant, et une place de membre titulaire non-résidant, sont déclarées vacantes. Les déclarations de candidatures seront reçues jusqu'au dimanche 15 décembre. Les élections auront lieu à la séance du lundi 27 janvier 1947.

COMMUNICATIONS

Du rôle des complexes dans les schizophrénies non paranoïdes, par Mme Mad. Cavé.

Le rôle des complexes dans la genèse des symptômes schizophréniques a été mis en évidence par Jung et Bleuler. L'une des premières et des plus connues parmi les observations de Jung concernait une ancienne schizophrène devenue démente et qui se frottait continuellement les mains d'un geste stéréotypé. Par interrogation du personnel de l'asile, il remonta au temps où les gestes de cette malade étaient plus significatifs et rappelaient ceux d'un cordonnier au travail. Il apprit enfin, le jour de la mort de celle-ci, et par un de ses vieux parents, que l'affection mentale avait débuté chez elle à la suite d'un chagrin d'amour : l'abandon d'un ami qui était cordonnier.

L'importance du traumatisme affectif, *du complexe*, par rapport aux symptômes schizophréniques, était ainsi mise en évidence et Jung pensait que tous les symptômes schizophréniques sans exception devaient avoir des complexes à leur origine. *Il attribuait aux complexes un rôle étiologique dans la genèse de la schizophrénie.*

Mais une autre conception de cette maladie devait bientôt supplanter la première. On en vint rapidement à penser que si les complexes étaient sans aucun doute possible à la racine de certains symptômes, *ils n'étaient pas pour cela à l'origine de la maladie elle-même. Les complexes expliquaient simplement le*

contenu de la psychose, non son étiologie. Et la schizophrénie fut conçue comme une maladie essentiellement déficitaire d'origine organique.

C'est ainsi que pour Bleuler, le symptôme principal, c'est-à-dire *les troubles dans l'association des idées,* ne sont nullement explicables par des complexes. Réponses étranges, à côté, verbigérations incompréhensibles, paroles décousues témoignent simplement de l'absence des liens logiques qui font s'enchaîner chez l'homme sain les pensées les unes aux autres ; elles sont l'expression d'un déficit primordial. Aucun complexe ne peut expliquer ce déficit. Il s'agit là d'un trouble d'origine organique, et vraisemblablement endocrinienne.

La conception de M. Minkowski, élève de Bleuler, se rapproche beaucoup de celle de son maître, en ce sens qu'il en fait lui aussi une maladie déficitaire d'origine organique. L'individu ayant perdu, pour des raisons organiques qui nous sont encore inconnues, *le contact vital avec le monde extérieur,* élabore toute une variété de symptômes morbides pour combler l'abîme qui le sépare des autres êtres et se raccrocher au monde extérieur qui le fuit. Et si des complexes sont à la racine des symptômes ainsi élaborés et expliquent leur contenu, ils n'ont pu jouer ce rôle qu'à la faveur de la situation autistique primitive, qui, elle, ne s'explique par aucun complexe.

Ces deux conceptions du reste sont tout à fait d'accord avec la théorie jacksonienne des maladies mentales, laquelle postule qu'un trouble négatif d'origine organique, trouble déficitaire, est nécessaire pour qu'apparaissent les troubles réactionnels positifs d'origine psychique.

J'ai eu cependant l'occasion d'observer et de guérir, il y a quelques mois, dans le service de M. Heuyer, un cas de schizophrénie qui semble infirmer toutes les théories qui voient dans cette maladie une maladie essentiellement déficitaire. La schizophrénie m'est apparue à la suite de cette observation comme consistant essentiellement en une invasion totale de l'esprit par l'inconscient, *et tous ses symptômes sans exception, même les troubles de l'association des idées, même l'autisme, me sont apparus comme étant secondaires à des complexes.* J'ai découvert ceux-ci et guéri ma malade en dix jours. Il s'agissait cependant d'un cas de schizophrénie absolument typique, indiscutable, ainsi que vous allez pouvoir en juger par l'observation que je vous soumets aujourd'hui :

Félicité, grosse fille blonde à la figure légèrement bouffie, était, lorsque je l'ai vue pour la première fois, figée dans une attitude stéréotypée : celle du rire convulsif. Elle riait aux éclats sans arrêt du matin au soir, tout en proférant des paroles sans suite, où l'on pouvait saisir de temps à autre un mot distinct, les autres étant prononcés de manière incompréhensible, cette malade se parlant visiblement à elle-même en regardant les murs de sa chambre et se désintéressant parfaitement des gens qui y entraient ou en sortaient. Edwige Feuillère, Pierre Richard-Willm et d'autres acteurs de cinéma faisaient le fond de ses discours. Elle répondait parfois, après un certain temps, « oui » ou « non » aux questions posées, ou même n'y répondait pas du tout, préoccupée uniquement de ses propres pensées. J'apprenais, en outre, qu'elle était sujette à des impulsions motrices. Parfois elle se levait et se mettait subitement à déchirer tous les papiers qui se trouvaient autour d'elle. La nuit précédente, elle avait provoqué une petite explosion dans l'office : elle s'était en effet levée, sous prétexte d'aller aux cabinets, et avait entrepris de brûler, à la flamme du réchaud à gaz, les morceaux d'une lettre déchirée. Ayant laissé un des robinets ouvert, elle causa ainsi une petite explosion. Elle était, en outre, beaucoup plus excitée dans la période qui précédait l'apparition de ses règles, ce qui était le cas au moment où je l'ai vue.

Il s'agissait donc d'une malade classique, parfaitement autiste, figée dans une attitude stéréotypée, celle du rire convulsif, en proie à la verbigération incessante et aux impulsions motrices des schizophrènes.

La maladie avait commencé, un an auparavant, par des troubles du caractère et des bizarreries de comportement. Elle eut, à cette époque, plusieurs crises de larmes sans raison apparente et devint la proie d'une grande tristesse. Elle se mit à témoigner d'une grande agressivité à l'égard de ses parents, qu'elle aimait auparavant tendrement. Pour lui changer les idées, on l'envoya dans un camp de Guides, d'où elle se fit rapidement renvoyer à cause de ses allures étranges. Elle ne dormait pas la nuit, passant son temps à ouvrir les fenêtres du dortoir. Elle prétendait, en outre, qu'une des jeunes Guides voulait la tuer avec son poignard. De retour à la maison, elle continua à ouvrir les fenêtres la nuit, disant qu'il y avait une auto en panne sur la route et qu'elle devait lui faire des signaux S.O.S. avec une lampe électrique (ce qu'elle faisait effectivement). On l'envoya alors à Paris chez une de ses tantes. Là, elle passa le plus clair de son temps à assister à des enterrements, et elle se rendait fréquemment au tombeau du Soldat Inconnu, sous le prétexte qu'un de ses oncles, qu'elle n'avait jamais connu, était mort à la guerre de 1914. Elle voulait en outre, à tout prix, aller trouver l'actrice Edwige Feuillère, pour lui demander de venir habiter avec elle. Sa chambre était, du reste, entièrement tapissée des photographies de cette actrice. Auparavant, jeune fille fort réservée et très pieuse, elle parlait maintenant à des jeunes gens, rencontrés dans la rue, et accepta

à deux reprises d'aller au café avec un inconnu. Sortant avec sa tante, elle retira son chapeau dans la rue, et se mit à jouer avec, à la balle. Elle avait des emportements et des crises de nerfs absolument inattendus. Allant chercher du beurre et apprenant que le dit beurre n'était pas arrivé, elle déchira toutes ses cartes d'alimentation dans la boutique. Une autre fois, aidant sa tante à faire le ménage, elle dut brusquement cesser, étant prise d'une impulsion terrible à briser tous les meubles. Elle voulut, un jour, se jeter par la fenêtre, parce qu'on avait, par mégarde, arrêté un poste de T.S.F. qu'elle était en train d'écouter. Trois personnes durent la contenir à grand'peine.

Trois mois de psychanalyse, entreprise à ce stade de la maladie, et tentée par un de nos confrères, avait échoué. L'état de Félicité s'aggravait de plus en plus. Ses impulsions bizarres, ses fugues, ses colères violentes, nécessitaient une surveillance continuelle, et l'on se décida à la faire entrer à l'Hôpital des Enfants malades. Là, elle brisa un carreau et plusieurs encriers, et M. Heuyer, devant sa turbulence, ses actions incohérentes, son agitation, décida de lui appliquer immédiatement la thérapeutique par les électro-chocs.

Neuf électro-chocs et 14 comas insuliniques n'avaient eu aucun effet au moment où je l'ai vue pour la première fois dans le service, figée dans ses rires stéréotypés. Il lui restait encore 6 comas insuliniques à subir.

C'est une telle malade que j'ai entrepris de comprendre et que j'ai eu la surprise de guérir complètement en 10 jours de temps. Guérison complète, et non pas amélioration, car Félicité, qui aujourd'hui se trouve à 9 mois de sa maladie, a repris non seulement son activité, mais encore ses études, s'entend très bien avec ses parents, a maigri et est devenue coquette. Elle a même supporté sans faiblir un traumatisme affectif grave, les fiançailles d'une sœur cadette, traumatisme dont, pour comprendre toute l'importance, il faut déjà savoir que Félicité ne rêvait que mariage durant toute sa maladie.

Un complexe d'Œdipe faisait le fond du drame, et plusieurs indices me l'ont fait assez rapidement soupçonner, au travers des symptômes que j'ai réussi successivement à élucider.

Le premier des symptômes élucidés fut celui des rires spasmodiques. J'y suis arrivé dès la première séance. Il m'a demandé deux heures de travail. Après quoi, cette stéréotypie psychique a cessé pendant un temps assez long, permettant une conversation sensée. Elle n'a jamais repris avec la même intensité et a disparu progressivement à la séance suivante.

En voici la clef : Félicité éclatait de rire parce qu'elle se racontait à elle-même, toute la journée, une série d'histoires comiques, toutes différentes les unes des autres. — Pourquoi cela ? — *Parce que son esprit était la proie d'une idée fixe de nature comique, qu'elle n'exprimait pas.* — Et quelle était cette idée ? — Cette idée était celle des rapports sexuels, sur quoi elle avait eu des entretiens, quelques mois aupa-

ravant, avec son psychanalyste, et qu'elle jugeait comique. *Dès qu'elle eut mis cette idée au jour, Félicité cessa de rire.* Elle exprima par contre le besoin et le désir d'accomplir d'urgence l'acte sexuel avec un des « garçons » du service, faute de quoi elle ne guérirait pas (les garçons, dans son langage, signifiaient les externes ou l'interne). S'étant ainsi soulagée par cette décharge psychique, Félicité se reprit à rire, mais elle ne le fit plus de façon spasmodique.

Je la revis deux jours après : elle avait eu, dans l'intervalle, deux comas insuliniques, mais ils ne semblaient pas avoir eu plus d'effet que ceux qui les avaient précédés, car je retrouvai ma malade exactement dans le même état que celui où je l'avais laissée. Et dans cette séance, par une thérapeutique appropriée, déjà commencée la fois précédente, j'obtins la cessation définitive de ses éclats de rire.

C'est dans cette même deuxième séance que j'obtins la clef de sa verbigération à base d'acteurs de cinéma.

Voici cette clef : *Félicité ébauchait un délire de compensation.* Désolée qu'un de ses cousins, nommé *Pierre,* qu'elle aurait bien voulu épouser, se soit marié, elle abandonnait le monde réel qui n'offrait, disait-elle, qu'un seul Pierre pour deux femmes, et se réfugiait dans le monde du cinéma, où là, du moins, il y avait, disait-elle, deux Pierre pour deux femmes. C'est pourquoi les couples d'acteurs de cinéma : *Pierre* Richard-Willm et Edwige Feuillère, *Pierre* Blanchar et Annie Ducaux, occupaient sans cesse son esprit et faisaient le fond de ses discours. A la suite de cette explication, la verbigération cessa.

La troisième séance, qui eut lieu le lendemain, me donna la clef de *son impulsion motrice à tout déchirer.* La malade n'avait pas eu de comas dans l'intervalle des deux séances ; elle ne verbigérait plus, mais son état semblait s'être terriblement aggravé, car elle avait été prise, depuis notre conversation de la veille, d'une véritable frénésie : ayant déchiré tous les papiers qui se trouvaient dans sa chambre, n'ayant plus rien sur quoi assouvir sa rage, elle avait entrepris de découdre son matelas et d'en éparpiller le contenu sur le sol. Ce que voyant, l'infirmière lui avait passé la camisole de force.

Voici la signification de ce qu'elle faisait : *il s'agissait d'un acte symbolique.* Félicité, désolée qu'un de ses cousins, nommé Gaston, se soit marié (je dis bien Gaston et non Pierre), et ayant, quelque temps avant sa maladie, appris par une lettre le mariage du dit Gaston, déchirait maintenant toutes les lettres qu'elle recevait (et par extension symbolique tous les papiers qui se trouvaient dans sa chambre et jusqu'au contenu de son matelas) pour annuler cette mauvaise nouvelle.

A la suite de cette mise à jour de complexe, Félicité ne déchira plus rien autour d'elle, et comme la verbigération à base d'acteurs de cinéma avait cessé depuis notre conversation de la veille, elle prit ainsi une allure beaucoup plus calme. Dès la fin de cette même séance, sitôt la libération du complexe opérée, elle devint capable de me porter attention, et j'en obtins plusieurs réponses adaptées. De plus, à partir de ce moment, *elle n'aborda plus jamais ses problèmes sous la forme symbo-*

lique, mais se mit à les considérer directement, en face. C'est ainsi que, dans la séance qui suivit, elle parla des rapports sexuels qui existaient entre ses parents et témoigna d'une grande jalousie. En même temps, elle commença à s'intéresser à ce qui se passait autour d'elle et prit part, de temps en temps, aux conversations qu'elle entendait. Elle n'était plus une schizophrène, mais une grande refoulée sexuelle, en instance de schizophrénie.

Il ne m'est plus resté qu'à débarrasser ma malade d'un complexe d'Œdipe, car c'était en réalité son père qu'elle désirait épouser et qui se cachait derrière la personnalité de Pierre et de Gaston. Les indices qui m'avaient conduit à cette hypothèse dès la deuxième séance étaient les suivants : Tout d'abord le fait que Pierre et Gaston semblaient *tous deux* responsables de l'éclosion de sa maladie, ce qui rendait bien invraisemblable l'hypothèse d'un chagrin d'amour. Puis le fait qu'ils étaient tous deux *des hommes mariés et des parents du père* et que tous les prénoms masculins que prononçait Félicité dans ses verbigérations incohérentes concernaient exclusivement des hommes mariés et des parents de son père (la lignée maternelle la laissait absolument indifférente). Enfin, elle avait une idée délirante singulière, qui consistait à *souhaiter d'avoir Edwige Feuillère pour mère* (c'était, là, la raison de l'importance considérable que cette artiste avait prise dans son esprit). Or, Edwige Feuillère était pour elle, dans la vie comme au cinéma, la femme de Pierre Richard-Willm, substitut symbolique du cousin Pierre. Si bien qu'on en arrivait à cette conclusion, que *Félicité désirait avoir pour mère, la femme de celui qu'elle aurait voulu épouser.* Situation terriblement symbolique d'un complexe œdipien, que les séances ultérieures confirmèrent du reste pleinement.

La cure de ce complexe fut, d'ailleurs, une cure psychanalytique banale, remarquable seulement par son extrême facilité. Cette dernière cure, qui a pris trois séances, a, du reste, alterné avec les trois derniers comas insuliniques, qui avaient primitivement été prévus pour le traitement de Félicité. Sa guérison si rapide a été, en effet, une surprise pour tout le monde, à commencer par moi-même. Ma seule ambition, en m'approchant de cette malade pour la première fois, avait été de la comprendre, de découvrir quelques-uns de ses complexes, comme l'avaient fait Bleuler et Jung pour plusieurs de leurs malades. Je ne supposais pas que j'arriverais à le guérir, surtout si rapidement. Je croyais, comme tout le monde, que la guérison complète de la schizophrénie par voie psychique était une impossibilité, et qu'il y avait, dans cette maladie, un élément organique irréductible. J'allais donc vers l'inconnu, ignorant toujours si le progrès qu'elle réalisait à chaque séance tiendrait le lendemain. Ce n'est qu'à partir de cette troisième séance que j'ai espéré pouvoir la guérir. Mais ceci restait un simple espoir personnel. Et il ne pouvait être question d'interruption de comas chez une malade qui, la veille encore, était la proie d'une impulsion motrice caractéristique de la schizophrénie à sa période d'état. Si bien que Félicité s'est trouvée guérie, et défi-

nitivement guérie, sans que jamais personne, dans le service, ait jamais pensé à autre chose qu'à une simple amélioration passagère, à une simple rémission en rapport avec la thérapeutique psychique. Elle était, lors de sa guérison, à quatre jours de ses prochaines règles, donc toujours dans la période pré-menstruelle, où son déséquilibre mental atteignait le point culminant. Elle est restée guérie depuis. Il y avait, à cette époque, 10 jours que je l'avais vue pour la première fois.

La guérison du complexe d'Œdipe a donc coïncidé avec les trois derniers comas. Doit-on dire que ce sont eux qui ont favorisé la rapidité de la cure et aidé à l'extirpation du complexe ? Il ne me paraît pas possible de le soutenir. Chacun sait, en effet, que les thérapeutiques de choc n'ont aucun effet sur les névroses (affections qui ont à leur base, 90 fois pour cent, sinon davantage, un complexe d'Œdipe). Il est donc infiniment probable qu'ils n'ont aidé d'aucune façon à l'extirpation de ce complexe chez Félicité. Il faut en outre se souvenir que jusqu'à l'instauration du traitement psychique, 9 électro-chocs et 14 comas insuliniques n'avaient pas eu le moindre effet. Quant à parler de rémission spontanée, coïncidant justement avec l'instauration de la cure psychique, la coïncidence serait plus surprenante encore.

La rapidité de la cure du complexe d'Œdipe est en réalité due à des causes bien faciles à comprendre, pour qui l'a pratiquée comme je l'ai fait. En effet, si Félicité, parvenue à cette étape de son traitement, faisait, ainsi que je vous l'ai déjà dit, des réponses à peu près adaptées aux questions qu'on lui posait, *cependant lorsqu'on laissait ses pensées évoluer d'elles-mêmes, celles-ci s'enchaînaient tout naturellement de manière affective. Or, c'est en provoquant des associations d'idées affectives qu'on arrive en psychanalyse à guérir les névroses.* C'est le seul moyen d'arriver rapidement au complexe inconscient. Seulement les simples névrosés enchaînent leurs pensées de façon normale sur le mode logique. Il est très difficile de provoquer chez eux des associations d'idées affectives. La censure veille, et, de plus, les complexes sont enfouis dans un inconscient profond. Tandis que chez une pré-schizophrène, l'inconscient au contraire affleure et la malade a en outre secoué en partie ses liens moraux et sociaux du fait même de sa maladie. Elle est mal adaptée à l'univers, elle a un moins bon contact ; elle associe ainsi tout naturellement et tout simplement ses idées en fonction des problèmes qui la préoccupent, et l'on arrive très vite à toucher les complexes. Devant ceux-ci, du reste, elle réagit infiniment moins qu'une névrosée banale. Elle les accepte avec beaucoup plus de facilité.

Mais ce n'est pas sur cette deuxième partie de la cure que je veux insister. La première partie, la levée de l'autisme, étant à mon avis beaucoup plus intéressante. On se souvient que j'ai obtenu la levée de l'autisme en trois séances réparties sur un intervalle de quatre jours, que les rires stéréotypés ont brusquement cessé au cours de la première séance de traitement, et que j'avais retrouvé ma malade deux jours après, en dépit de deux séances de comas, exactement dans l'état où je l'avais laissée. Aucun coma ne s'intercala entre la 2[e] et la 3[e] séances, qui amenèrent la levée définitive de l'autisme, grâce à la découverte des complexes qui expliquaient et la verbigération cinématographique et l'impulsion motrice. Je puis donc dire que j'ai obtenu la levée d'un autisme, aggravé d'une stéréotypie, grâce à une thérapeutique psychique. Thérapeutique ayant consisté à mettre au jour les complexes qui sous-tendaient cet autisme.

Il apparaît donc, d'après cette observation, *que chez Félicité, l'autisme n'était nullement un symptôme déficitaire d'origine organique, mais un symptôme positif d'origine psychique*, et que la mise à jour des complexes suffit à guérir.

Quant aux troubles qui existaient dans l'association des idées de cette malade et qui se traduisaient par sa verbigération incohérente, *eux non plus ne consistaient nullement en symptômes déficitaires. Certes, les liens logiques normaux étaient rompus, mais ils étaient remplacés par d'autres liens tout aussi solides, bien que jusque-là passés inaperçus : des liens affectifs.* Les idées de la malade, en effet, ne s'associaient nullement au hasard, et c'était parce qu'elles avaient une tonalité comique que toutes les histoires qu'elle se racontait s'enchaînaient irrésistiblement les unes aux autres. *Nul désordre dans ces pensées, mais un enchaînement répondant à d'autres lois que celles de la pensée éveillée* et rappelant beaucoup l'enchaînement des pensées dans le rêve. Les troubles de l'association des idées étaient chez elle la conséquence de l'invasion de son esprit par une idée comique ayant une grosse valeur affective, par un complexe sexuel.

Est-ce dire cependant que le désordre physiologique ne jouait chez elle aucun rôle ? Non pas, et il convient à ce sujet de relever que la lignée maternelle de Félicité présente plusieurs cas de névroses (l'une d'elles fort grave) et que sa mère elle-même est extrêmement déséquilibrée, semblant toujours sur le point de verser dans une affection mentale caractérisée. Le terrain a donc joué chez cette malade un rôle dont on ne peut sous-estimer l'importance. D'autre part, il m'a été possible de relever chez elle un trouble endocrinien certain et d'en apprécier le rôle dans

la genèse de sa maladie. En effet, sitôt la guérison psychique obtenue, et dans le but de la consolider, j'avais, à cause des périodes d'excitation pré-menstruelles de Félicité et pensant chez elle à une hyperfolliculinie possible, indiqué à ma malade de prendre du corps jaune. Mais, par suite de diverses circonstances, le traitement ne fut pas appliqué (ou le fut de manière tout à fait insuffisante) et, deux mois après sa guérison psychique, Félicité qui allait et venait, parlait, agissait comme tout le monde, était restée triste, déprimée, ne trouvant de vrai plaisir qu'à lire et à jouer de la musique, c'est-à-dire aux occupations qui lui permettaient de rêver et l'éloignaient de la vie de tous les jours. Après avoir pris plusieurs mois du corps jaune, elle est devenue gaie, heureuse, et s'est davantage intéressée à la vie.

Cette malade avait donc en elle des complexes terribles, mais il est bien certain qu'un terrain morbide et un désordre endocrinien avaient facilité l'invasion de son esprit par les complexes. Complexes psychiques et désordre biologique jouaient donc tous deux un rôle étiologique. Ils formaient une symbiose psycho-organique *où il convient de ne pas sous-estimer le rôle étiologique extrêmement important des complexes, puisque la simple extirpation de ceux-ci, en dehors de tout traitement endocrinien, a suffi à guérir la maladie.*

***

Je me rends compte néanmoins de tout ce que mon exposé a d'insuffisant et de peu convaincant, car il esquive au fond la principale difficulté. L'objection qui, en effet, se pose immédiatement à l'esprit est celle-ci : en admettant qu'on trouve les complexes qui sous-tendent les symptômes d'une schizophrénie, comment les faire comprendre à la malade ? Qui dit schizophrénie dit en effet séparation de la réalité, impuissance à comprendre et à communiquer avec ses semblables. Et alors, le dilemme suivant se pose : ou Félicité n'était pas schizophrène et elle était capable de suivre la pensée d'autrui et de comprendre ce qu'on lui disait, ou elle l'était bel et bien, et alors comment faire ?

J'aurais aimé vous exposer cette cure en détail. Et vous dire en particulier comment j'étais arrivée à faire brèche dans l'autisme de ma malade et quels étaient les indices qui m'avaient mise sur la piste de ses complexes. Malheureusement, cela aurait dépassé le cadre de cet exposé et il m'a fallu y renoncer. Ne croyez pas cependant que la rupture de la stéréotypie psychique ait été chose facile. Il m'a fallu 1 heure 1/2 d'efforts ininterrompus avant d'en venir à bout et j'ai cru plus d'une fois qu'il me fau-

drait abandonner la partie. C'est non une parole de Félicité, mais un de ses gestes qui m'a permis d'y parvenir. La chance y a peut-être tenu une place, et je ne suis pas sûre de pouvoir réussir devant chaque cas de schizophrénie (même non paranoïde, même au début) avec autant de succès. Ne croyez pas non plus que j'aie eu le privilège d'obtenir des réponses adaptées et que Félicité m'ait expliqué elle-même clairement ses complexes. Il m'a fallu au contraire, pour y arriver, opérer tout un travail de recoupement, d'interprétation et de déchiffrage des réponses d'apparence absurde qu'elle me faisait (et qui étaient au fond pleines de sens caché). Travail psychanalytique par excellence absolument comparable au déchiffrage d'un rêve.

Et c'est ce travail de traduction qui est le plus important.

Discussion

M. Hesnard. — Il y aurait bien des réserves à faire sur le pronostic lointain de ce cas. On observe fréquemment des « guérisons » aussi frappantes au début de certaines schizophrénies, alors qu'après un an de rémission, et plus, les symptômes d'autisme, les stéréotypies, etc..., reprennent.

D'autre part, je ne crois pas qu'on puisse considérer les « complexes » comme des parasites de l'esprit, des « systèmes-en-soi » ou des choses dont l'extirpation produit mystérieusement la guérison. La « prise de conscience » de ces complexes reste trop souvent inefficace. La psychanalyse fournit l'interprétation de la plupart des délires, des idées et actes morbides ; mais son pouvoir thérapeutique est limité à quelques états de névrose : ressource précieuse assurément, mais restreinte. Je félicite donc Mme Cavé de sa confiance dans le traitement analytique, mais formule le vœu qu'elle nous présente à nouveau la malade dans un avenir éloigné.

M. Minkowski. — Je tiens tout d'abord à souligner que je ne me suis nettement prononcé en faveur ni d'une conception purement organiciste, ni d'une conception psychogénétique de la schizophrénie. Mme Cavé établit une délimitation trop tranchée entre ces deux conceptions. Les organicistes n'excluent nullement les influences psychiques, loin de là, et il ne peut être question d'un facteur organique « irréductible » ; rien que les rémissions spontanées ne le permettent point.

Dans le cas particulier, pour l'appréciation du résultat obtenu, il faut tenir compte et du fait qu'un essai psychanalytique antérieur de trois mois est resté sans résultat, et que simultanément, avec l'intervention de Mme Cavé, était pratiqué un traitement insulinique. En tous les cas, ce cas isolé doit être replacé dans l'ensemble de la clinique schizophrénique et apprécié dans cette perspective, et non inversement ; il serait vraiment imprudent de vouloir bâtir sur lui une conception générale de cette affection.

Les injections intra-sternales en thérapeutique psychiatrique, par MM. P. Guiraud, A. Rouault de la Vigne et G. Boittelle.

L'usage de la voie intra-sternale pour introduire divers liquides médicamentaux dans la circulation sanguine n'est pas nouvelle. Pendant la guerre, l'injection intra-sternale a été largement utilisée par les Anglo-Américains. En France, après les travaux de Benda et de ses élèves, elle a été préconisée en particulier par Giraud et Th. Desmonts et récemment encore par Jeanneney, Magendie et Tugaud d'une part et Benda et Franchel d'autre part.

L'injection intra-sternale est une opération simple, rapide et sûre avec le trocart de Mallarmé. Il est superflu d'en rappeler le détail qu'on trouvera dans les articles que nous citons. Pour être sûr de pénétrer dans les lacs veineux du sternum, il faut pratiquer une aspiration à la seringue adaptée à la canule. Cette petite opération est nécessaire si l'on veut faire une injection de sérum avec un appareil muni d'un goutte à goutte. Dans ce cas, il est nécessaire que la hauteur du stiligoutte soit assez grande au-dessus du sternum, deux mètres environ. L'écoulement est variable, en général assez lent, ce qui n'a pas grand inconvénient. S'il s'interrompt, on retire momentanément de la canule le tube en caoutchouc muni de son embout, on pratique une nouvelle aspiration à la seringue et on réunit de nouveau l'embout à la canule. On peut ainsi faire pénétrer dans la circulation divers sérums, auxquels on ajoute les médicaments indiqués. Pour les injections à la seringue, il n'y a aucune difficulté pratique et le liquide passe aussi facilement dans le sternum que dans les veines. Bien entendu, il est aussi dangereux d'injecter de l'air dans le sternum que dans les veines.

Depuis plusieurs années, nous employons les injections intra-sternales dans le service, en cas d'urgence quand l'injection intraveineuse est impossible.

Dans un premier groupe de cas, l'injection intra-sternale est employée selon les indications de la médecine générale, par exemple pour une injection urgente d'ouabaïne.

Mais en dehors de ces indications générales, l'injection intra-sternale peut être utile pour des cas spéciaux à la thérapeutique psychiatrique, nous tenons à les signaler à nos collègues :

1° Au cours du coma insulinique de la cure de Sakel. Quoique

rarement, il y a des moments dans lesquels l'introduction de glucose dans la circulation sanguine est d'extrême urgence. La veine du malade et surtout de la malade peut être difficile et longue à découvrir, particulièrement en cas de collapsus vasculaire. L'injection intra-sternale est toujours facile et rapide. Nous y avons eu recours plusieurs fois, toujours avec succès. Actuellement, nous n'oserions pas pratiquer l'insulinothérapie sans avoir à notre disposition un trocart de Mallarmé stérile.

2° Une autre indication importante est le délire aigu avec déshydratation. On sait que dans ces cas, l'injection sous-cutanée de sérum est souvent inefficace, le liquide injecté sous la peau ne diffuse pas dans l'organisme. Ces malades ont souvent subi plusieurs prises de sang pour dosage d'urée, ou de nombreuses injections qui ont obstrué les veines. Dans ces conditions, la seule voie possible est le sternum. La canule de Mallarmé fixée solidement dans l'os a beaucoup plus de stabilité qu'une aiguille dans une veine qui risque d'en sortir au moindre mouvement. L'instillation intra-sternale peut alors se prolonger indéfiniment. Il n'y a aucun inconvénient à faire plusieurs ponctions dans le sternum, si la pénétration s'arrête définitivement à un endroit. Nous ajoutons que dans le cas de délire aigu, nous utilisons toujours, à la place du sérum, le subtosan de Spécia qui a la propriété de ne pas exsuder des capillaires, ce qui permet de maintenir une pression sanguine suffisante. D'autres médicaments, tels que pressyl, ouabaïne, etc., peuvent être ajoutés au subtosan.

3° Une troisième indication particulière à la psychiatrie est l'impaludation par voie sternale. On sait que même avant l'apparition des hématozoaires dans le sang, on peut en trouver dans des frottis de moelle sternale (Oberlé). Nous avions pensé que l'injection intra-sternale était une voie particulièrement efficace devant ralentir la période d'incubation. Les quelques essais que nous avons faits ont été suivis de réactions vives avec fièvre élevée et irrégulière ; par prudence, nous avons interrompu les accès pour ne pas fatiguer nos malades. Mais comme nous n'avons fait cette expérience que quatre fois, nous sommes peut-être tombés sur une série peu favorable et nous avons l'intention de recommencer ces recherches quand nous aurons un nombre suffisant de paralytiques. Depuis cette époque, nous avons pratiqué six malarisations intra-sternales chez des paralytiques déjà malarisés, chez lesquels une seconde inoculation était indiquée. Dans ces cas-là, nous avons obtenu des accès réguliers s'éteignant spontanément au quatrième. Pour le moment, nous réservons la

malarisation intra-sternale aux réimpaludations et aux rares malades réfractaires chez lesquels l'injection intra-veineuse reste sans résultat. Nous avons récemment obtenu une inoculation positive chez un malade de cette catégorie.

BIBLIOGRAPHIE

BENDA. — Injections intravasculaires osseuses. *Sem. hôp. Paris*, 15 juin 1938, p. 287-299.

TOCANTINS. — Rapid absorption of substances injected into the bone marrow. *Proc. Soc. Exp. Biol. Méd.*, 45, 292, 1940.

GIRAUD et DESMONTS. — La transfusion du sang par la voie intrasternale. *Presse médicale,* 8 avril 1944, p. 98.

HAMILTON BAILEY. — Bone marrow as 2 site for the réception of infusions, transfusion, and anaesthesic agents. A review of the présent position. *Brit. M.J.*, 1, 181, 182, Feb 5, 1944.

REICH, SWIRSKY et HUNTER. — Intrasternal infusions and transfusions. *Surgery,* vol. 17, p. 560-563, avril 1945.

GIRAUD. — Les transfusions sternales. La voie sternale en thérapeutique et l'opothérapie médullaire. *Conférence aux journées médicales de Bruxelles,* 23 juin 1946.

JEANNENEY, MAGENDIE et TINGAUD. — La transfusion intrasternale. *Gazette médicale de France,* juillet 1946.

BENDA et FRANCHEL. — Injections intra-médullaires osseuses. *Sem. des hôp. de Paris,* 7 septembre 1946.

Le syndrome de Crookshank,

par MM. Jean DELAY et Pierre PICHOT.

En 1909, Reginald Langdon Down signala que les idiots mongoliens présentaient, au niveau de la paume de la main, un pli de flexion transversal unique remplaçant les deux plis habituels, désignés par les chiromanciens sous le nom de « ligne de cœur » et de « ligne de tête ». Carrara en Italie, dès 1896, avait signalé la fréquence de cette anomalie chez les criminels et les idiots, et, en 1900, Féré en France avait confirmé le fait. Mais c'est Crookshank qui étudia surtout cette anomalie dans une série de publications à partir de 1912. Constatant l'existence d'un aspect morphologiquement identique dans la paume de l'orang-outang, il considéra « la ligne de singe » comme un signe de régression vers un ancêtre hypothétique de la race jaune, propithécanthrope voisin de l'orang-outang, et construisit sur ces bases sa célèbre théorie pathogénique du mongolisme, exposée en 1924 dans « The mongol in our midst ». Rittmeister, Hanhart en Suisse,

Penrose en Angleterre, Bettman, Portius, Abel en Allemagne, Touraine en France ont repris récemment cette étude en utilisant des méthodes statistiques correctes et en plaçant le problème sur un plan biologique.

Les chiffres des différents auteurs sont souvent assez discordants. Cette fluctuation des statistiques tient essentiellement à une absence de définition précise des limites du syndrome, car on peut rencontrer tous les intermédiaires entre l'aspect anormal et l'aspect habituel. Portius (1937) a proposé une systématisation très satisfaisante. Il distingue :

la forme pure constituée par une ligne transverse unique sans aucun embranchement latéral ;

la forme intermédiaire I qui comporte un embranchement latéral correspondant au trajet cubital de la ligne de tête ;

la forme intermédiaire II avec deux embranchements latéraux représentant respectivement les terminaisons de la ligne de cœur et de la ligne de tête, la première étant généralement plus courte que normalement ;

la forme intermédiaire III où l'aspect de la paume est sensiblement normal, mais où les lignes de cœur et de tête sont réunies par un « pont » transversal.

Chez les sujets normaux européens, les pourcentages oscillent entre 0,85 ± 0,29 (Hanhart) et 8,5 ± 1,97 (Bettman). Utilisant la systématisation de Portius, Doxiades et Portius (1938) ont obtenu dans la population normale de Berlin les chiffres suivants :

Forme pure plus forme I :	1,65 ± 0,39 %
Formes II et III :	5,15 ± 0,68 %

Nous avons examiné 261 malades hospitalisés dans les services de chirurgie et de médecine générales de l'hôpital de Bicêtre. En additionnant les formes pures et les formes I et II, nous avons rencontré sept cas, soit 2,68 ± 1 %. Nous avons vérifié qu'il n'existait pas de différences significatives entre les sexes : 3,5 ± 1,7 % chez les hommes et 2,04 ± 1,1 % chez les femmes. On rencontre environ une forme bilatérale pour deux formes unilatérales et il n'existe pas de différence de fréquence entre les formes unilatérales droite et gauche.

Chez les *sujets normaux non européens*, le pourcentage rencontré varie suivant le groupe ethnique envisagé. Chez les Nord-Africains, il est pour Hanhart de 7,9 ± 1,17 %, alors que chez les Suisses examinés par le même auteur, il n'est que de 0,95 ±

0,29 %. La différence entre les deux valeurs égale à 5,8 fois l'erreur standard est largement significative. Dans la race jaune où, suivant les théories de Crookshank, l'anomalie devrait être très fréquente, nous n'avons pas de chiffres précis.

Les *oligophrènes mongoliens* constituent le groupe pathologique où la « ligne des quatre doigts » se rencontre avec la plus grande fréquence. Les pourcentages obtenus sont de 45 ± 11 % sur 20 cas (Hanhart), 45 ± 6,4 % sur 60 cas (Penrose), 56,3 ± 5 % de formes pures et de formes I sur 94 cas (Doxiades et Portius). Un point important à souligner est que la bilatéralité est environ deux fois plus fréquente chez les Mongoliens que son unilatéralité, rapport inverse de celui que l'on rencontre chez les sujets normaux.

Les *oligophrènes non mongoliens* forment un ensemble très hétérogène. On trouve chez eux la ligne des quatre doigts avec une fréquence significativement différente de celle des individus normaux. Hanhart avait sur 210 cas noté l'anomalie dans 6,65 ± 1,7 % des cas. Nous avons étudié les paumes de 232 fillettes oligophrènes de la Fondation Vallée à l'hôpital de Bicêtre. En envisageant simultanément les formes pures I et II, nous avons rencontré :

4 cas bilatéraux, soit :	1,72 ± 0,85 %
13 cas unilatéraux, soit :	5,60 ± 1,50 %
17 cas au total, soit :	7,32 ± 1,71 %

La différence entre ces chiffres et ceux que nous avons obtenus chez des sujets normaux est égale à 2,3 fois l'erreur probable, donc significative.

La présence de la ligne transverse unique avec une fréquence anormalement élevée chez les *délinquants* avait été signalée très anciennement par Carrara. Elle avait été niée par Rittmeister, mais Hanhart reprenant le problème avait confirmé les affirmations de Carrara. Il avait rencontré chez 3.000 délinquants de Zürich l'anomalie dans 5,1 % des cas, soit par rapport à la proportion normale une différence nettement significative égale à 8,3 fois l'erreur standard. Nous avons étudié les paumes de 227 délinquants non sélectionnés au Service de l'Identité judiciaire. Nous remercions le professeur Sannié, directeur de l'Identité judiciaire, et ses collaborateurs, pour l'aide matérielle qu'ils nous ont apportée dans ces recherches. Nous avons rencontré une ligne unique 19 fois, soit dans 8,36 ± 1,83 % des cas. Il n'y a pas de différence significative entre les délinquants hommes (9,4 %)

et femmes (7,8 %). Il y a 14 formes unilatérales pour 5 formes bilatérales. Les formes unilatérales droite et gauche sont en nombre sensiblemet égal (6 et 8). Enfin, la ligne des quatre doigts a été rencontrée avec une fréquence anormalement élevée :

chez les *fœtus anencéphales* sur 50 cas dans 22 % par Rittmeister ;

chez des *malades mentaux* non sélectionnés par Hanhart ;
chez des *épileptiques congénitaux* par Portius ;
chez des *psoriasiques* par Bettmann.

La biologie de l'anomalie a fait l'objet de nombreuses recherches récentes. Wurth (1937) a montré que les plis palmaires principaux se formaient dès le deuxième mois de la vie intra-utérine, de façon absolument indépendante de tout mouvement des doigts, et sans rapport avec les structures musculaires ou osseuses. De ce fait, les explications pathogéniques de la formation de la ligne tranverse unique par une brièveté des métacarpiens ou par un mode d'utilisation primitif de la main apparaissent comme sans valeur.

L'hérédité des plis palmaires apparaît comme incontestable, quoique son mécanisme exact ne soit pas encore précisé. Turpin a utilisé le fait pour le diagnostic du monozygotisme des jumeaux. Pour Rittmeister, Hanhart et d'autres, la ligne des quatre doigts s'hériterait en dominance simple. Cependant, Portius, à propos d'un cas très suggestif, a soulevé l'hypothèse d'une transmission en récessivité et a admis la possibilité de fluctuations importantes du taux de pénétration. Nos documents personnels plaident en faveur de la dominance, mais sont insuffisants pour donner lieu à une analyse génétique rigoureuse.

La signification du symptôme reste obscure. Considérée par Carrara et Féré comme un stigmate de dégénérescence, la « fourche de singe » est pour Langdon Down Crookshank un élément du mongolisme. Sa présence chez des sujets indiscutablement non mongoliens a amené Rittmeister à l'envisager comme un des éléments microdégénératifs (au sens de Bremer et Curtius), d'un ensemble dont feraient partie la gaucherie, l'inversion des viscères, la campto- et la clino-dactylie. L'oligophrénie mongolienne serait dans cette conception une manifestation plus accusée d'un état constitutionnel spécial, avec lequel il serait dans les mêmes rapports que la syringomyélie au status dysraphicus. Cette interprétation reste hypothétique et n'est appuyée que sur des éléments très fragiles.

Notre étude nous a permis de confirmer des faits statistiques nets : l'existence d'une proportion anormalement élevée de ligne transverse unique non seulement chez les mongoliens, mais aussi chez les oligophrènes non mongoliens, et chez les délinquants. Ceci pose deux problèmes très importants, celui des limites du mongolisme d'une part, problème très ancien, mais qui n'est pas encore résolu ; celui de l'existence d'anomalies mentales chez les délinquants, d'autre part. C'est en étudiant les corrélations biologiques du « syndrome de Crookshank », suivant l'expression de Rittmeister, qu'il sera possible de résoudre ces problèmes.

Ictus chez une paralytique générale avec hypertension paroxystique. Action curative de la novocaïne intraveineuse, par MM. P. Guiraud et G. Boittelle.

Les ictus sont fréquents au cours de la paralysie générale et leur relative bénignité vitale et fonctionnelle est généralement admise, leur apparition ne s'accompagnant pas de grandes perturbations circulatoires. Nous venons d'en observer un cas où une hypertension paroxystique intense pouvait rendre le pronostic plus réservé.

Mme L. est âgée de 63 ans, elle est entrée dans le service, en juin 1946, avec le certificat immédiat suivant : « Est atteinte de paralysie générale. Troubles marqués de l'auto-critique, excitation psychique, euphorie, loquacité, inconscience de la situation. Turbulence, désordre des actes. Pupilles inégales et rigides à la lumière. Dysarthrie, tremblement, réflexes rotuliens et achilléens abolis, analgésie tibiale. Double souffle aortique. Episode aphasique transitoire.

L'examen physique confirme les renseignements fournis par le certificat immédiat. Tension artérielle à 18 × 6.

Le liquide céphalo-rachidien montre des réactions spécifiques positives avec benjoin colloïdal 22222.22222.20000. Albumine 0,60. Pandy et Weichbrodt +. Dans le sang, le Bordet-Wassermann et le Hecht sont fortement positifs.

Un mois avant son internement, la malade a présenté un ictus aphasique transitoire. Le 12 octobre, après de petits malaises à type surtout de céphalée et aphasie, se déclare une série continue de crises d'épilepsie, à prédominance droite, hémiplégie homolatérale, flasque, perte de connaissance complète, vultuosité de la face, respiration stertoreuse. La tension artérielle dépassant 35, ne put être prise exactement, au Vaquez la minima était à 12. Une saignée de 300 cc., une injection d'acétylcholine restent sans effet.

C'est alors que l'on pratiqua une injection intra-veineuse très lente de 3 cc. novocaïné à 1 0/00, diluée dans 10 cm. 3 de sérum physiologique. Pendant l'injection, qui a duré 3 minutes, nous voyons les convulsions diminuer d'intensité et céder avant la fin de l'injection ; dans les instants qui suivent, la parésie régresse et la malade reprend connaissance avec persistance transitoire de troubles aphasiques qui cédèrent dans les minutes suivantes. La tension artérielle, prise 10 minutes après l'injection de novocaïne, était à 15 × 7, deux heures après à 18 × 6, et se maintint à ce taux les jours suivants. La malade a présenté, dans les semaines suivantes, deux autres ictus de caractère identique, avec accès hypertensifs qui ont cédé aussi remarquablement à la novocaïne intraveineuse aux mêmes doses.

Nous ignorons si tous les cas d'ictus des paralytiques généraux avec parésie ou convulsions céderaient aussi bien à l'injection de novocaïne, mais notre malade était atteinte en même temps d'hypertension paroxystique, dont le rôle peut être important dans le mécanisme de l'ictus.

Il nous semble que dans notre cas, la novocaïne a dû agir d'une part par action périphérique sur l'épine irritative à l'origine de l'hypertension paroxystique, en faisant céder le spasme généralisé des vaisseaux, et par action directe sur l'œdème cérébral, dont le rôle dans les crises convulsives a été mis en évidence par Alajouanine et sur lequel agit bien la novocaïne intra-veineuse.

La séance est levée à 18 heures.

Le secrétaire des séances :
Pierre Menuau.

RÉUNIONS ET CONGRÈS (1)

Société de médecine mentale de Belgique

Réunions tenues à Gand le 28 septembre 1946 à l'occasion du 75e anniversaire de sa fondation

Présidence : M. P. van GEHUCHTEN, président

La théorie des réflexes conditionnels en psychiatrie,
Rapport, par M. J. HEERNU.

Dans cet intéressant rapport, M. J. Heernu expose que la symptomatologie de certaines formes de névrose est constituée par un réflexe conditionné pathologique qui s'oppose, par son intensité et sa longue stabilité, à la plasticité du réflexe conditionné normal. Le problème qui se pose dans un cas déterminé est de savoir quel est l'excitant conditionné qui provoque le réflexe pathologique, pour quelles raisons ce réflexe s'est fixé et a acquis son caractère pathologique, et quelles sont les conditions favorables à sa persistance. Les résultats de l'étude expérimentale des réflexes conditionnés dans les maladies mentales sont en général concordants ; ils montrent, dans les cas caractérisés par un déficit, une prédominance des phénomènes d'inhibition ; dans les cas à allure expansive, une prédominance de l'excitation. Ce parallélisme ne donne cependant aucune indication sur les causes qui déterminent la forme de la maladie mentale.

L'assimilation des troubles mentaux à un trouble de l'activité cérébrale résulte de la constatation expérimentale de troubles de l'activité cérébrale au cours de l'étude des réflexes conditionnés. Parmi ces troubles fonctionnels, l'auteur cite les sommeils partiels ou dissociations de fonctions qui,

(1) Les restrictions actuelles ne permettent malheureusement de donner que de brefs aperçus, partiels, du contenu des travaux présentés à ces importantes réunions, travaux qui seront publiés *in extenso* dans le *Journal belge de neurologie et de psychiatrie.*

dans le domaine moteur, donnent la catatonie, ou, dans le domaine psychique, les puérilités d'attitudes par exemple. Le trouble de l'excitabilité corticale, qui est responsable des états parabiotiques, se rencontre principalement dans la schizophrénie, mais aussi dans des maladies caractérisées par une forte inhibition (stupeur mélancolique par exemple).

L'anamnèse, l'observation et l'expérimentation clinique permettent de préciser les facteurs étiologiques. Il semble exister une concordance entre la nature de l'agent étiologique et la forme clinique de la maladie : à l'asthénie, schizophrénie, hystérie ou psychose hallucinatoire qui reconnaissent plus particulièrement comme cause un conflit de nature sexuelle, s'opposent la manie, mélancolie ou psychose anxieuse, dont l'origine doit être recherchée dans un sentiment d'inquiétude qu'éprouve le sujet pour sa sécurité physique ou morale. Cette distinction, qui n'est probablement pas absolue, explique la succession chez un même sujet de formes morbides aussi opposées qu'une schizophrénie hallucinatoire délirante et une manie aiguë. Cette conception des maladies mentales fonctionnelles, basée sur l'étude des mécanismes cérébraux, conduit à une classification nosologique plus cohérente, étiologique, dans laquelle ces affections forment le groupe des maladies psychogènes, sans exclure l'action de l'hérédité, des facteurs constitutionnels ou endocriniens, qui interviennent pour modifier les qualités fonctionnelles du système nerveux.

Le problème du déficit de l'intelligence chez les parkinsoniens encéphalitiques, par MM. R. Nyssen et M. Wens.

Les auteurs ont effectué ces recherches dans 81 cas de parkinsonisme encéphalitique, en les soumettant à quatre séries d'épreuves d'intelligence : 8 épreuves de contradiction visuelle, 8 épreuves de contradiction auditive, 8 épreuves numériques, 8 épreuves d'arithmétique, préalablement étalonnées sur 175 sujets témoins.

Les auteurs concluent : 1) que chez la très grande majorité de leurs sujets encéphalitiques, il existe un degré appréciable de déficience intellectuelle ; 2) que chez un nombre important de leurs sujets, le niveau de l'intelligence ne dépasse pas celui des sujets témoins inintelligents (moins doués) ; 3) qu'environ 10 % de leurs sujets encéphalitiques présentent un déficit intellectuel comparable à celui du débile mental caractérisé ; 4) que le déficit est bien moins marqué chez les malades intellectuels que chez les sujets non cultivés ; 5) qu'il existe une corrélation entre le degré de déficit intellectuel des encéphalitiques d'une part et l'âge auquel le malade a été atteint par l'encéphalite épidémique, l'intensité des troubles parkinsoniens, la situation d'internement d'autre part.

Ces constatations leur suggèrent l'idée que — tout au moins dans les cas de déchéance intellectuelle peu prononcée — il s'agit d'un déficit secondaire et non lésionnel.

A propos de l'expertise psychiatrique en médecine légale, par MM. J. Bobon et E. Evrard.

Le premier devoir de l'expert est d'établir si des motifs ou des mobiles psycho-pathologiques sont intervenus dans la genèse de l'infraction, et dans quelle mesure. Cette démonstration se traduit sur le plan juridique

en termes de responsabilité pénale. Celle-ci constitue le décalque de l'état psychique du sujet, et est indépendante de toute notion philosophique. Les auteurs proposent une terminologie pour l'expression des degrés d'atténuation et rejettent toute évaluation chiffrée.

Le second devoir de l'expert est de conclure au sujet de l'état psychique de l'inculpé au temps même de l'examen ; l'expertise doit être l'occasion d'une étude aussi approfondie que possible de la personnalité du criminel, et d'autre part d'une thérapeutique imposée qui reste d'ordre essentiellement individuel.

Société belge de neurologie

Réunions tenues à Bruxelles les 29 et 30 septembre 1946
à l'occasion du 50e anniversaire de sa fondation

Présidence : M. CRISTOPHE, président

A. — Exposés synthétiques

L'activité électrique de l'écorce cérébrale et les aspects théoriques de l'électroencéphalographie, par M. F. Bremer.

Très important travail qu'il est impossible de résumer ici. Dès les premières expériences, il est apparu que les « ondes » électriques du cerveau ne sont qu'une manifestation particulière d'une propriété générale de tous les agrégats neuroniques centraux, qui est la tendance à l'autorythmicité synchronisée. Dans l'écorce cérébrale, comme dans tous les autres cas examinés, les différences d'amplitude, de fréquence et de régularité des ondes peuvent s'expliquer simplement par la variation de deux facteurs indépendants, agissant sur les mêmes éléments neuroniques : *a*) le degré d'excitation du cortex, dont dépend à la fois le nombre d'unités cellulaires actives pour une même surface corticale et la fréquence de leurs pulsations individuelles ; *b*) la synchronisation plus ou moins parfaite de ces pulsations, synchronisation qui constitue vraisemblablement le facteur principal de l'amplitude des oscillations enregistrées. Une réduction de voltage des ondes, en imposant à première vue pour une inhibition de l'activité corticale, peut être au contraire l'expression d'une intensification de celle-ci combinée à une désynchronisation neuronique (explication de la réaction dite « d'arrêt »).

Les variations du degré de synchronisation neuronique, qui jouent un rôle

important dans le déterminisme des aspects physiologiques de l'électro-encéphalographie, sont également un des facteurs essentiels de ses altérations pathologiques, en particulier des manifestations électro-encéphalographiques de l'épilepsie.

Un caractère remarquable des enregistrements oscillographiques des activités spontanées centrales, et en particulier de celles de l'écorce cérébrale, est la forme sinusoïdale ou quasi-sinusoïdale qu'affectent fréquemment les fluctuations de potentiel, et la persistance de cette forme aux plus basses fréquences (voisines de 1 Hz), aspect qui n'est pas l'apanage des oscillogrammes centraux.

L'existence du fait de l'autorythmicité neuronique ne constitue pas pour la théorie connexionniste du fonctionnement nerveux central, une difficulté très sérieuse. Exception faite des états convulsifs, états par définition pathologiques et où toute activité ordonnée du système nerveux est momentanément abolie, la proportion des éléments d'un agrégat neuronique déterminé, participant à un instant donné à l'activité synchronisée que révèle l'oscillogramme, est vraisemblablement toujours très faible. On peut assigner à cette activité autorythmique partielle une signification fonctionnelle plausible. Par l'émission incessante d'influx centrifuges qu'elle comporte — qui sont, dans le cas de l'écorce cérébrale, les influx axoniques de ses grandes cellules pyramidales — toutes les parties du système nerveux central en relations hodologiques (souvent mutuelles) sont maintenues constamment à un degré d'excitabilité optimale, leur solidarité fonctionnelle est assurée, et l'inertie réactionnelle de la machine nerveuse est réduite au minimum.

Etudes d'anatomie normale, pathologique et expérimentale du système nerveux. Résultats acquis. Orientation future, par M. L. Laruelle.

L'auteur rappelle l'évolution de l'étude de la neurologie végétative. L'existence d'un type bien défini de la cellule végétative lui a permis de détecter sur les coupes sériées longitudinales de la moelle les principales formations végétatives intra-névraxiques à tous les niveaux. Il a pu contrôler l'unité de ce puissant appareil central et vérifier par des procédés histo-physiologiques la valeur fonctionnelle de ces champs végétatifs, depuis l'hypothalamus jusqu'à la région sacrée en passant par les régions bulbaire et thoraco-bulbaire.

Les colonnes intermédio-externe et para-épendymaire sont reliées par des travées cellulo-fibrillaires formant des échelons métamériques, sauf dans les régions cervicale et lombaire. Certaines affections comme l'ulcère peptique ont un retentissement dans la colonne intermédio-externe.

L'auteur insiste sur l'intérêt à la fois didactique, physiologique et clinique de l'étude de la moelle sur coupes longitudinales plurisegmentaires, frontales et sagittales. Les orientations nouvelles de la recherche neurologique ne doivent pas nous faire négliger la discipline morphologique, ingrate mais indispensable.

Considérations sur le vieillissement cérébral, par M. P. Divry.

L'auteur montre la précarité et l'incertitude des théories proposées pour expliquer le mécanisme du vieillissement et de la mort de l'organisme

vivant. Les analyses purement chimiques, très aléatoires et souvent contradictoires, n'ont apporté aucune explication du mécanisme du vieillissement cérébral ; la seule donnée positive qui s'en dégage est la déshydratation du tissu nerveux avec les progrès de l'âge. La conception basée sur la notion du vieillissement colloïdal, surtout élaborée par l'Ecole de Ruzicka, est plus suggestive, plus féconde : elle interprète le vieillissement de la matière vivante par la condensation de ses micelles, dénommée *hystérésis protoplasmique*, qui va de pair avec une réduction de leur charge électrique et une diminution de leur hydratation. L'hydrocéphalie interne qui, chez l'homme, commence vers 60 à 65 ans et s'accentue avec l'âge, peut être plausiblement considérée comme l'indice et l'expression d'une déshydratation croissante de la masse cérébrale. D'autre part, certaines figures histologiques du senium trouvent une explication suffisante dans la théorie de Ruzicka.

Mais, à côté des phénomènes de sénescence intéressant les éléments tissulaires eux-mêmes, il importe aussi de tenir compte des altérations du même ordre au sein du milieu interstitiel. Les recherches de M. P. Divry ont mis en vedette l'importance de l'infiltration amyloïde dans le tableau histologique de la sénescence normale ou pathologique (démence sénile, maladie d'Alzheimer) ; il a pu démontrer la participation d'un processus d'amyloïdose : 1° dans la genèse des plaques séniles ; 2° dans la production de la dégénérescence d'Alzheimer ; 3° dans les altérations fréquentes de la média des vaisseaux. Or, la substance amyloïde est considérée à juste titre comme le résultat de la transformation en gels des sols du milieu interstitiel. On possède donc des données positives pour invoquer une altération des colloïdes biologiques, conduisant à leur condensation et *in fine* à leur précipitation. Dans le cerveau sénile, l'amyloïde tend à se déposer dans le réticulum fondamental du cortex (plaques séniles) et, d'autre part, à tapisser certaines structures de l'organe telles que les cellules nerveuses (dégénérescence dite fibrillaire d'Alzheimer) ou les fibres de la média des vaisseaux cortico-méningés (amyloïdose vasculaire).

Les aspects histo-pathologiques les plus caractéristiques du senium normal ou pathologique apparaissent comme étant sous la dépendance d'une altération régressive des colloïdes interstitiels et comme l'expression figurée de leur condensation et de leur précipitation.

Les méthodes hodographiques en neurologie, par M. P. van Gehuchten.

Après un bref énoncé des lois de la dégénérescence wallérienne, telles qu'elles ont été formulées par A. van Gehuchten, l'auteur passe en revue les remarquables progrès que l'anatomie du système nerveux doit à la méthode de Marchi, qui reste toujours à la base des recherches anatomiques contemporaines. M. P. van Gehuchten rappelle les résultats de ses recherches personnelles sur les connexions centrales du nerf vestibulaire et sur les voies vestibulaires centrales.

Mais la méthode de Marchi ne met en évidence que les fibres myélinisées. Elle peut être utilement complétée par la technique à l'agent réduit qui, appliquée dans des conditions bien précises, permet de suivre les cylindraxes jusqu'à leur terminaison. L'auteur a pu ainsi préciser certains détails anatomiques du système vestibulaire.

Chez l'homme, cependant, il est rare que les conditions nécessaires soient

réalisées pour utiliser soit la méthode de Marchi, soit celle à l'argent réduit. Il faut dès lors recourir à la méthode de Weigert, qui est à la base des recherches anatomocliniques et a servi à Déjerine dans la plupart de ses travaux. Dans des cas de paralysie oculogyre, l'auteur a retrouvé chez l'homme les connexions vestibulaires centrales décrites chez l'animal et a pu établir ainsi un schéma des voies oculogyres.

Les temps sont révolus où l'anatomie dominait l'étude du système nerveux ; elle a été largement supplantée par la physiologie. Ce serait cépendant une erreur que d'abandonner des techniques qui ont permis dans un passé proche de si remarquables découvertes. Les recherches de l'avenir se doivent d'associer étroitement les deux disciplines.

La méthode histo-pathologique et le problème des maladies de la substance blanche, par M. L. van Bogaert.

L'intérêt des cliniciens et des neuro-pathologistes n'a cessé de s'attacher à la question de la sclérose multiple. L'auteur passe en revue les nombreuses interprétations pathogéniques qui ont été proposées à la suite de recherches cliniques anatomiques et expérimentales. Il montre, par une série de coupes réalisées selon une même technique concernant différentes affections de la substance blanche cérébrale, qu'aucun des essais expérimentaux, aucune des affections spontanées, toxiques, ou infectieuses, de la substance blanche ne reproduit exactement les lésions caractéristiques de la sclérose multi-loculaire.

La sclérose en plaques a, par contre, avec tout un groupe de maladies qui l'entoure (certaines scléroses diffuses, la neuromyélite optique, certaines myélites subaiguës), des rapports très probables. La méthode histo-pathologique, en utilisant au même niveau des techniques convergentes, est capable de déterminer si l'on se trouve en présence d'un syndrome de dégénération, de nécrose, d'inflammation ou d'un syndrome hémodynamique, c'est-à-dire circulatoire fonctionnel.

Sans que cette méthode puisse apporter des précisions étiologiques et en attendant l'introduction de nouvelles techniques, elle peut apporter des indications utiles à l'analyse clinique en précisant la phase à laquelle l'affection nerveuse était arrêtée au moment de la vérification et certaines indications sur le mode physio-pathologique qui domine le développement de la maladie.

B. — Communications

La valeur diagnostique des troubles sudoraux dans les compressions médullaires, par MM. L. Ectors et G. R. Hoffmann.

La glande sudoripare désénervée est capable de répondre à certains excitants physiques et chimiques. La sudation réflexe spinale est une sudation froide présente dans les dermatomes sous-jacents à une section de la moelle. Ces deux sudations ont été retrouvées chez bon nombre de malades. Les sudations de cause centrale peuvent être d'origine thermo-régulatrice, gustative, émotionnelle, ou de choc traumatique ; lorsque l'on a un syndrome de section totale de la moelle ou un syndrome de section partielle entraînant un niveau sudoral d'origine centrale, ce niveau correspond au niveau

de la lésion à condition que celle-ci se trouve entre D 2 et D 11. Au-dessus de D 2, il y a abolition totale de la sudation. Ces faits reposent sur l'étude de vingt cas de lésions médullaires et de trente-cinq cas de rachianesthénie. La sudation constitue donc un élément objectif de diagnostic de premier ordre.

La sciatique par hernie discale ; indication du lipiodol ; indication et technique opératoire ; résultats immédiats et éloignés, par MM. L. Ectors, J. Radermecker et Francken.

Les auteurs rapportent les résultats favorables obtenus dans vingt-et-un cas, dont seize cas de hernie discale importante. L'usage du lipiodol n'est pas indispensable pour confirmer et préciser le diagnostic et peut même présenter des inconvénients. L'opération doit être extra-dure-mérienne ; il faut éviter la laminectomie.

Sur une hérédoataxie du type Marie avec dégénérescence du f. papillo-maculaire et atrophie luyso-pallidale, par MM. Maria André, van Leeuwen et Ludo van Bogaert.

Dans un travail antérieur, les auteurs ont étudié les rapports de l'atrophie optique hérédo-familiale, en particulier de la forme de Behr, avec l'hérédo-ataxie du type Friedreich fruste. Le document anatomo-clinique qu'ils apportent aujourd'hui vise aussi à souligner les liens qui relient les atrophies systématisées des systèmes cérébelleux et optique, en partant de l'autre forme de l'hérédo-ataxie.

Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans qui se présentait, en dépit du caractère précoce du début des troubles et de ce fait que l'affection était sporadique dans la famille, comme une hérédo-ataxie de type Marie. Le grand intérêt de ce cas réside dans l'association des dégénérescences optiques et cérébelleuses, dans la présence d'une atrophie dentato-rubrique et dans l'extension des dégénérescences à l'étage luyso-pallidal. Cliniquement, le syndrome du pédoncule cérébelleux supérieur était représenté par une grave et précoce atteinte de la parole, par l'intensité du tremblement intentionnel, mais la lésion luyso-pallidale demeura muette. L'atteinte optique avait donné lieu au tableau classique d'une double névrite rétrobulbaire, avec phase évolutive aiguë.

L'hémiballisme hérédo-dégénératif. Existe-t-il des atrophies pures du corps de Luys ? par MM. Jean Titeca et Ludo van Bogaert.

L'appellation d'hémiballisme (Baumann) ou de paraballisme (pour indiquer une atteinte bilatérale) (Benedek, Rakonitz), hérédo-dégénératif, doit être appliquée à des affections lentement progressives, sans étiologie connue et d'aspect familial, caractérisées par les hypercinésies particulières décrites depuis Jakob sous le nom de mouvements ballistiques. Il n'existe pas encore d'observation anatomique de cette curieuse affection.

Dans cette note préliminaire, les auteurs rapportent l'étude d'une famille où un cas a pu être vérifié. L'affection débuta à l'âge de 40 ans et dura quatre ans. (Une sœur présenta une cataracte puis des troubles cérébel-

leux). L'étude histologique des centres nerveux montre une importante atrophie pallido-luysienne, une atrophie à peu près du même ordre, dentato-rubrique, une gliose axiale cérébelleuse et cérébrale sans prédilection nette pour l'un ou l'autre territoire, une atrophie modérée avec gliose du locus niger et des formations pigmentaires du tronc cérébral et de la substance innommée de Reichert, une dégénérescence systématisée des cordons de Goll, du noyau de Burdach, de l'olive et de quelques noyaux pontins, des lésions corticales banales. Pas de plaques séniles, ni d'inclusions argentaffines.

L'hémi- ou le paraballisme hérédo-dégénératif ne semble donc pas reposer dans ce cas sur une atrophie pure du corps de Luys, mais bien sur une dégénérescence complète de celui-ci, associée à une altération pallidale. Les auteurs discutent la place de cette dégénérescence dans le cadre des affections cérébello-striées.

L'interprétation du sillon intra-pariétal de l'homme,
par M. Friant (de Paris).

La brièveté du latéral humain, qui n'avait pas été signalé jusqu'ici, est en rapport avec la présence du lobe occipital. Ce sillon est bien un « intra-pariétal » comme l'avait nommé P. Broca, sans vouloir l'interpréter au point de vue comparatif.

Sur la dyssynergie cérébelleuse myoclonique, par Mme Denise Louis-Bar.

Observation clinique de cette affection rare et encore discutée. Début à l'âge de 9 ans par un tremblement intentionnel des membres supérieurs, atteinte rapide de la parole à 14 ans ; de 22 à 27 ans, myoclonies asynchrones, arythmiques et asynergiques, disparaissant peu à peu vers la fin de la vie sauf dans les muscles cervicaux et les grands droits de l'abdomen. Rigidité pyramidale de plus en plus marquée.

A l'examen microscopique : dégénérescence des cordons postérieurs, pyramidaux et spino-cérébelleux avec grave atrophie du pédoncule cérébelleux supérieur, atrophie cérébelleuse corticale très discutable. L'auteur discute le rôle du noyau dentelé dans la genèse de ces myoclonies, rôle qu'elle réserve, et l'autonomie de l'affection qu'elle tend à accepter.

Sur une polyradiculite du type Guillain-Barré à dissociation albumino-cytologique suspendue, par Mme Marie-Anne Radermecker-de Keuwer.

Présentation d'une observation de polyradiculonévrite avec dissociation albuminocytologique du liquide très particulière, localisée à la région cervico-dorsale et ayant évolué comme dans les formes classiques. L'hyperalbuminose typique était « suspendue » : hyperalbuminose marquée avec dissociation au niveau de C7 et D1, mais liquide cisternal et lombaire normaux. Outre l'intérêt de cette forme « cervico-dorsale », peut-être plus fréquente qu'on ne le croit et vraisemblablement représentée par des plexites aiguës à évolution favorable, avec un liquide lombaire normal, l'auteur insiste sur l'intérêt général de ce fait que l'hyperalbuminose n'est pas due ici à une gêne mécanique de la circulation liquidienne, mais bien à une accentuation de la perméabilité des vaisseaux (surtout des veines) pio-

arachnoïdiens, d'origine inflammatoire. Discussion du rôle essentiel des troubles mécaniques de la circulation liquidienne au niveau des culs-de-sac radiculaires congestionnés et du trouble possible de la résorption des albumines.

D'une myélite nécrotique aiguë, par M. J. RADERMECKER.

Présentation anatomo-clinique d'une myélite nécrotique aiguë évoluant vers la mort en une vingtaine de jours. Cliniquement, l'affection se présente comme une paralysie ascendante subaiguë avec hyper-albuminose importante et réaction cytologique discrète dans le liquide, les espaces arachnoïdiens étant perméables à l'épreuve manométrique. Lésions de nécrose massive allant de C3 à D2 sans réaction périvasculaire susceptible de dénoncer un processus inflammatoire, sans lésions pariétales qui justifient des nécroses d'origine thrombosique, sans plaques de démyélinisation. L'auteur fait rentrer ce cas dans le cadre des myélites aiguës et subaiguës nécrotiques, dont il rappelle les caractères évolutifs, la séminologie, et dont il présente un essai de groupement.

Aspects neurologiques des dégénérescences aiguës du foie, par MM. ANDRÉ et L. VAN BOGAERT.

Démonstration anatomique d'une très rare observation de troubles extrapyramidaux (choréoathétose et grands mouvements massifs) et mentaux au cours d'une dégénérescence jaune aiguë du foie. Lésions de nécrose dans le putamen des deux côtés. Glie du type Alzheimer II dans les noyaux gris centraux, le tronc cérébral et à un moindre degré dans l'écorce. Les auteurs qui poursuivent des recherches sur la dégénérescence hépato-lenticulaire, soulignent l'intérêt de tels cas pour le problème des relations cérébro-hépatiques, tout en notant que les conclusions permises par leur étude doivent demeurer très prudentes.

SOCIÉTÉS

Société de neurologie de Paris

Séance du 4 juillet 1946

Présidence : M. H. SCHAEFFER, président

Maladie de Lobstein chez une jumelle,
par MM. L. Cornil, H. Gastaut et M. Schachter.

Chez une jeune fille de 7 ans, dont la jumelle bivitelline est indemne, les auteurs ont constaté une ostéopsathyrose caractéristique associée à une hyperlaxité ligamentaire considérable et à des anomalies électro-encéphalographiques (dysrythmie du type très lent de Gibbs). Les transmissions héréditaires de la maladie de Lobstein et de la dysrythmie relèvent de processus génétiques différents.

Les images prémonitoires du sommeil, par M. L. Rouquès.

L'auteur signale certaines particularités de ces images. Elles ne surviennent pas toujours dans un véritable état de demi sommeil, elles ne sont pas influençables par la volonté, elles peuvent être absolument conformes à la réalité et lorsqu'on peut y saisir un facteur de déjà vu, ce qui est exceptionnel, ce facteur n'est pas seul en jeu. Les rapports de ces images avec l'hallucinose pédonculaire lui paraissent très étroits.

Hypersécrétion parotidienne unilatérale prolongée après fracture du rocher, par MM. Th. Alajouanine et P. Scherrer.

Présentation d'un malade ayant, après fracture du rocher, un syndrome d'hypersécrétion parotidienne homolatérale. Il s'agit probablement d'une atteinte traumatique du nerf de Jacobson ou d'une de ses branches terminales. L'intérêt de l'observation réside dans l'origine indiscutablement ner-

veuse d'un syndrome d'hypersécrétion glandulaire qui se présente comme une sécrétion paralytique.

Accidents saturnins survenus 15 ans après la cessation du travail dans le plomb, au cours du traitement d'un ulcère gastrique par le bicarbonate de soude et la parathormone, par M. R. A. Schwob.

M. R.-A. Schwob a observé dans ces conditions l'apparition de coliques de plomb et de paralysies saturnines, avec liséré de Burton et hématies à granulations basophiles. Le bicarbonate de soude élève chez les anciens saturnins le taux sanguin du plomb ; la parathormone entraîne une décalcification et celle-ci mobilise le plomb qui reste fixé sur les os. Sous l'influence de ce double traitement, une quantité excessive de plomb a été brutalement mise en circulation. Les accidents tardifs du saturnisme doivent avoir dans beaucoup de cas leur explication dans un processus analogue.

Remarques cliniques sur une épidémie de lathyrisme,
par MM. E. Carrot et H. Coumel.

D'après une centaine de cas survenus après ingestion de farine de gesse pendant deux à quatre mois, MM. Carrot et Coumel décrivent un syndrome neurologique particulier : l'incubation, qui dure quelques semaines, est marquée par des crampes dans les mollets, du tremblement, de la titubation, des sueurs et de la cyanose des membres inférieurs, puis apparaissent plus ou moins vite de l'hyperexcitabilité musculaire, une hypertonie pyramidale localisée aux membres inférieurs avec un déficit moteur très modéré et des secousses musculaires, des signes cérébelleux avec passivité des membres supérieurs, un tremblement d'action de ceux-ci, un tremblement de la langue et des paupières, du nystagmus. Ces troubles régressent lentement. Il n'y a pas de modifications du chimisme sanguin ; l'équilibre vitaminique est normal.

Valeur séméiologique du signe de Rossolimo dans la sclérose en plaques, par M. Rimbaud (de Montpellier).

M. Rimbaud insiste sur la valeur de ce signe pour le diagnostic précoce de la sclérose en plaques ; il apparaît avant le signe de Babinski et est constant lorsqu'il y a une lésion irritative de la moelle.

Sclérose en plaques aiguë traitée par la pénicilline,
par M. Rimbaud (de Montpellier).

Observation d'un homme de 30 ans venu consulter pour des troubles pyramido-cérébelleux avec nystagmus et diplopie d'apparition très récente. Cinq jours plus tard, les troubles s'étaient considérablement aggravés. Le traitement par la pénicilline amena une rétrocession d'une rapidité surprenante.

Sur la pathogénie des phénomènes pyramidaux déficitaires,
par M. Pitha (de Prague).

M. Pitha signale quelques modifications apportées à la recherche de la manœuvre de la jambe de Barré, en particulier suivant l'angle que fait la

jambe avec la cuisse, et discute le mécanisme physiopathologique de ce signe.

Résultats de l'électrocoagulation du cortex sur les crises jacksoniennes et les syncinésies d'imitation d'une hémiplégie cérébrale infantile, par MM. J. Haguenau. J. Christophe, J. Guillaume et G. Mazars.

Présentation d'une malade de 21 ans atteinte d'hémiplégie cérébrale infantile chez qui l'électrocoagulation corticale a considérablement réduit la fréquence et l'intensité de crises jacksoniennes existant depuis dix années. La coagulation a également agi sur des syncinésies d'imitation auparavant très nettes aux membres supérieurs et qui ne sont plus qu'ébauchées. Ces mouvements associés symétriques sont en général considérés comme relevant de l'activité de centres sous-jacents à la lésion, aussi l'action de la coagulation du cortex est-elle à souligner.

Sur un cas de migraine ophtalmique accompagnée traitée par la neurotomie rétro-gassérienne, par MM. S. de Sèze, J. Guillaume et Ch. Ribadeau-Dumas.

Dans un cas de migraine ophtalmique accompagnée à crises très fréquentes, traitée par la section rétro-gassérienne du contingent ophtalmique de la racine du trijumeau, l'électrocoagulation et la section de la méningée moyenne, la disparition des crises a été obtenue et persiste depuis cinq mois ; mais le malade a présenté à deux reprises un scotome scintillant avec des paresthésies brachiales, symptômes accompagnant auparavant les crises de céphalée. Cette observation montre que la migraine simple ou accompagnée rentre bien dans le cadre des algies méningées, la coagulation de la méningée moyenne réalisant l'anesthésie de la dure-mère.

Méningiome antéro-latéral du bulbe opéré et guéri, par M. R. Klein.

Présentation d'une malade opérée en 1942 d'un méningiome inséré sur le rebord antérieur du trou occipital et la partie voisine du canal rachidien. La symptomatologie n'était pas celle d'une tumeur cervicale, mais celle d'une tumeur de la fosse postérieure. La malade ne présente aucune séquelle.

Tumeur circonscrite de la portion intracranienne du nerf optique, par MM. Th. Alajouanine, R. Thurel et Morax.

Les auteurs insistent sur la disproportion entre le volume (œuf de pigeon) de la tumeur et la symptomatologie réduite à une amblyopie unilatérale. La radiographie a permis le diagnostic en montrant l'agrandissement du canal optique. La constatation post-opératoire d'une hémianopsie temporale en quadrant supérieur donne raison aux auteurs qui admettent que les fibres provenant du quadrant nasal inférieur de la rétine décrivent des anses à l'origine du nerf optique opposé.

Enorme abcès frontal au cours d'une ostéomyélite cranienne diffuse ; guérison par l'intervention, par MM. M. David, J. de Ajuriaguerra, H. Sauguet et J. Talairach.

Observation d'un malade ayant présenté au cours d'une ostéomyélite cranienne un coma avec hémiplégie gauche. Après taille d'un grand volet, un abcès frontal droit à staphylocoques fut ponctionné. Le malade sortit du coma, mais se conduisit comme un dément. Après quelques semaines, une rechute se produisit. La coque de l'abcès fut réséquée. De petits abcès existant d'autre part dans le lobe frontal, celui-ci dut être réséqué jusqu'à Fa. L'état démentiel persista encore pendant un mois, puis régressa lentement. Après trois ans, il ne subsiste qu'un léger déficit de la mémoire et de l'attention.

Suppression instantanée et durable des crises par électrocoagulation corticale dans un état de mal bravais-jacksonien, par MM. S. de Sèze, J. Guillaume, Ch. Ribadeau-Dumas et Boulard.

Dans un cas d'état de mal jacksonien avec crises subintrantes, hyperthermie et confusion, la ventriculographie n'ayant pas montré de tumeur, les auteurs ont eu recours à l'électrocoagulation des vaisseaux arachnoïdiens sur une surface de 3 cm. sur 4 cm., comprenant le pied des frontale et pariétale ascendantes. La suppression des crises fut instantanée et durable ; une hémiplégie post-opératoire avec aphasie et hémi-anesthésie régressa rapidement et, au bout de deux mois, la récupération est pratiquement complète.

Société de médecine mentale de Belgique

Séance du 26 octobre 1946

Présidence : M. P. Van GEHUCHTEN, président

La pyrétothérapie de la paralysie générale,
par M. le professeur Neyman (de Chicago).

L'auteur rappelle les difficultés du diagnostic différentiel entre les troubles qui dépendent de lésions syphilitiques, mésenchymateuses, et ceux qui sont d'origine parenchymateuse. La chimiothérapie et la pyrétothérapie, qui constituent les méthodes de traitement les plus efficaces, agissent principalement sur les troubles d'origine mésenchymateuse. Parmi les méthodes

utilisées pour élever la température du corps, l'auteur donne la préférence à un appareil constitué d'une cabine chauffée par induction électro-magnétique. Le malade y est maintenu dans une atmosphère humide et surchauffée, sans aucun contact d'électrodes sur le corps. Cette méthode permet de graduer aisément la température et ne détermine jamais d'accidents graves. On élève la température à 41° pendant six à huit heures, à raison d'une vingtaine de séances. Le traitement par l'arsenic pentavalent peut être poursuivi pendant la cure d'hyperthermie, ce qui est impossible dans la malariathérapie. L'auteur présente une statistique portant sur 742 cas. Lorsque l'affection évolue depuis moins de trois mois, des résultats favorables ont été obtenus dans 85 à 90 % des cas, dont la moitié environ ont fait une rémission complète. Cette méthode a été également utilisée avec succès dans la sclérose en plaques et dans la chorée.

Paralysie générale juvénile, par M. R. NYSSEN.

Présentation d'un jeune homme de 17 ans, hérédo-syphilitique, dont l'affection fut reconnue à l'âge de 4 ans à l'occasion d'une méningite d'origine spécifique. Il a été traité irrégulièrement. Le travail scolaire a toujours été très médiocre en raison d'un déficit intellectuel important. En 1946, survinrent des idées niaises de grandeur et des accès de fureur. Le tableau clinique et sérologique était celui de la paralysie générale juvénile. Le malade fut examiné au moyen des tests nombreux et d'une manière aussi précise que possible avant et après la malariathérapie. Outre la disparition des idées de grandeur et le retour d'une autocritique relative, on constata après le traitement une amélioration considérable de l'état mental, qu'il faut attribuer semble-t-il à une amélioration des facultés d'attention plus qu'à un relèvement de l'intelligence.

Confusion mentale aiguë, réaction allergique à l'ascaris lombricoïdes, par M. Ch. ROUVROY.

L'auteur expose le cas d'une femme de 36 ans, atteinte de troubles mentaux du type confusion suraiguë, présentant en outre une urticaire violente et d'autres manifestations de labilité vasomotrice. Contre toute attente, la malade guérit brusquement après expulsion par vomissement d'un ascaris lombricoïdes. Diverses particularités du cas portent à faire admettre le rôle étiologique du parasite. D'autre part, le parallélisme qui se manifesta, au cours des quatre mois que dura la maladie, entre les réactions urticariennes et les phénomènes neuro-mentaux, est tel que ces derniers peuvent s'expliquer par un mécanisme pathogénique d'ordre allergique.

J. LEY.

Séance du 30 novembre 1946

Présidence : M. P. Van GEHUCHTEN, président

Le traitement des états dépressifs par l'hématoporphyrine,
par M. J. Vinchon (de Paris).

Ce traitement a été appliqué par l'auteur à de nombreux malades, dont certains ont été suivis pendant quinze ans. Il est indiqué surtout dans les dépressions accompagnées d'un syndrome d'hyperexcitabilité vagale. En cas d'hyperexcitabilité sympathique et d'hypertension par sclérose, il est plutôt contre-indiqué. Les inconvénients du traitement et notamnent l'hématoporphyrinurie sont rarissimes. L'auteur discute les propriétés pharmacodynamiques du médicament, sa posologie et ses indications principales.

Les complications de l'électrochoc et la conduite thérapeutique,
par M. M. Leroy (de Namur).

La statistique de l'auteur porte sur plusieurs milliers de chocs pratiqués chez 780 malades aigus ou chroniques. Il a observé 14 cas de traumatismes vertébraux et 4 cas de lésions de l'épaule. Il tente d'expliquer le mécanisme de ces accidents et la manière dont il faut, selon lui, maintenir le malade pour les éviter. Il pense que les lésions se produisent au moment de la brusque flexion initiale du tronc : dans les cas de crise retardée, il n'y aurait jamais d'accidents. Ceux-ci peuvent être réduits au minimum par la surveillance attentive de la cure, le dosage judicieux du courant et l'étude radiologique de la valeur calcique du squelette.

J. Ley.

Société belge de neurologie

Séance du 26 octobre 1946

Présidence : M. CHRISTOPHE, président

L'électro-myographie en neurologie ; démonstration de la technique, par M. F. Kleyntjens.

Historique de la méthode électro-myographique innovée il y a une quinzaine d'années. Présentation d'un appareillage comprenant deux étages d'amplification, un oscillographe cathodique et un haut-parleur. Les électrodes peuvent être piquées dans le muscle ; on peut également recueillir les potentiels à travers la peau. On enregistre ainsi des potentiels musculaires élémentaires ayant une durée de 5 à 10 millisecondes et un voltage de 50 à 100 microvolts, et des potentiels fibrillaires durant 2 à 5 millisecondes et ayant une amplitude de 10 à 50 microvolts. Dans le haut-parleur, les potentiels volontaires produisent un bruit plus sourd que les potentiels fibrillaires.

L'auteur énumère les applications cliniques de cette technique. Au cours de la régénération du nerf, on observe des potentiels polyphasiques qui permettent de prévoir trois à six mois d'avance une bonne récupération. Il insiste sur la nécessité de placer le membre examiné dans de bonnes conditions, notamment en élevant sa température par une lampe chauffante.

Le diagnostic du mal comitial au moyen de l'hyperpnée. Etat actuel de la question, par M. J. André.

L'épreuve de la surventilation volontaire, si elle n'entraîne qu'irrégulièrement l'apparition d'un incident comitial moteur, constitue cependant un des bons tests du diagnostic de l'épilepsie par les altérations électro-encéphalographiques qu'elle peut susciter. On n'est pas encore fixé sur le mécanisme qu'elle met en branle dans la provocation des stigmates comitiaux. Les théories acapnique et alcalosique, anoxique, vaso-constrictive cérébrale et « neurogène » renferment à n'en pas douter une part de vérité. Leur valeur reste cependant partielle car aucune n'a de portée vraiment générale et aucune ne paraît rendre compte des échecs observés.

L'analyse de nos connaissances actuelles en ce domaine laisse entrevoir la complexité extrême des réactions de l'organisme à l'hyperpnée. Le début de la surventilation volontaire se caractérise avant tout par un déséquilibre brusque et profond de la réaction sanguine, qui vire vers l'alcalose acapnique, par une tachycardie et une hypotension. Il est très rare que des accidents comitiaux apparaissent à ce moment ; en général, ils surviennent plus tardivement, à un moment où, en apparence tout au moins, l'organisme a récupéré un certain équilibre physiologique. Il semble bien que les effets de la respiration forcée doivent être attribués à un ensemble de

facteurs physiologiques qui n'agissent pas tous dans le même sens. Le problème qui se pose est celui de savoir s'il faut y chercher la prédominance de l'un d'entre eux, ou s'ils ne sont pas plutôt dominés dans leurs effets par d'autres facteurs excitants ou inhibiteurs qui seraient mis en action secondairement.

J. LEY.

Séance du 30 novembre 1946

Présidence : M. CHRISTOPHE, président

Les conceptions de Ferdinand de Castro sur le synapsis, **par le professeur P. GÉRARD (de Bruxelles).**

L'auteur résume les travaux du savant espagnol qui, reprenant les recherches sur la régénération nerveuse hétérogène a réussi à suturer le ganglion cervical supérieur au ganglion nodosum du vague, de telle sorte que l'excitation de ce dernier nerf provoque une réponse dans le sympathique cervical. Les synaps de néo-formation ainsi obtenus fonctionnent sans libération de choline. Les prolongements des glyocytes entourent les dendrites d'un réseau très serré ; l'excitation venue par l'axone passe donc à l'intérieur de la cellule glyocytaire et le synaps est constitué de la réunion, non pas de deux, mais de trois éléments : les deux neurones et le glyocyte. La transmission synaptique serait le résultat d'un phénomène principalement électrique, avec intervention possible d'un médiateur chimique venu du glyocyte.

Une réaction allergique du système nerveux central. Etude clinique et pathologique, **par M. VAN BOUWDIJK-BASTIAANSE (de La Haye).**

Par la démonstration d'une belle série de photographies et de microphotographies en couleurs, l'auteur attire l'attention sur certaines analogies que présentent les lésions cutanées et nerveuses, lorsque l'on compare les réactions de la peau après primovaccination et revaccination, avec les lésions nerveuses de l'encéphalite vaccinale observées dans les mêmes conditions.

D'autres affections du système nerveux pourraient être dues à une réaction allergique, et l'auteur émet l'hypothèse que la sclérose en plaques, notamment, puisse être le résultat d'une réaction allergique du tissu nerveux au virus de la varicelle.

Lombo-sciatalgie et endocrinologie, **par M. J. DAGNELIE (de Bruxelles).**

Relation du cas d'une femme de 32 ans atteinte de douleurs lombaires et sciatiques qui ont disparu pendant une grossesse et ont été aggravées par l'administration de folliculine. Un examen gynécologique mit en évidence une endométriose hétérotopique du petit bassin, et la disparition des douleurs fut obtenue par une cure de testoviron.

J. LEY.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

PSYCHIATRIE

Les états psychopathiques infantiles d'origine syphilitique héréditaire larvée, par Henri Brantmay, médecin du service d'observation à l'office de l'Enfance, chargé de cours à l'Institut des sciences de l'éducation de l'Université de Genève. *Préface* de Charles Dubois, professeur de dermatologie et de syphiligraphie à l'Université de Genève (1 brochure in-8°, 79 pages, Georg et Cie édit., Genève 1946).

Dans ce mémoire, basé sur 131 observations personnelles, l'examen d'environ 5.000 enfants anormaux, et de nombreuses, minutieuses enquêtes familiales, M. Henri Brantmay, après avoir comparé ses résultats avec d'autres séries d'enfants plus légèrement atteints et avec une série d'enfants considérés comme normaux, s'applique à préciser le rôle de l'important facteur qu'est la syphilis héréditaire et, en particulier, le rôle de la syphilis de seconde et troisième génération. Après avoir exposé la méthode suivie pour éviter toute incertitude en l'absence si fréquente d'anamnèse précise, rapporté 100 observations résumées et groupées, l'auteur donne une réponse à deux objections qu'il considère comme fondamentales et envisage le problème au triple point de vue clinique, thérapeutique et statistique. Des tableaux statistiques permettent d'apprécier les résultats de l'enquête et leur comparaison avec 2.600 cas de contrôle.

En conclusion, M. H. Brantmay estime pouvoir affirmer la valeur des signes suivants comme stigmates de la syphilis héréditaire : dans le domaine somatique (en plus des signes classiques bien connus), l'obésité, le strabisme, la macrophallie et probablement certaines télangiectasies de la face ; au point de vue neurologique et neuro-végétatif, les tics, le bégaiement, l'énurésie, la céphalée et la vagotonie ; parmi les troubles psychiatriques, l'oligophrénie, « les formes apathique, colérique, émotive, perverse (ou de débilité morale), le caractère têtu et la précocité sexuelle psycho-somatique ». Il attire en outre l'attention sur un symptôme neuro-psychiatrique, « la

kinophilie hérédo-syphilitique », forme particulière d'instabilité, besoin permanent de mouvement. Il constate les résultats, d'autant plus heureux que l'enfant est plus jeune, du traitement mercuriel ou bismuthique et conseille de lui adjoindre les médications hormonales et vitaminiques. Mais, ajoute-t-il prudemment en terminant, aucun signe n'étant pathognomonique en soi, on ne sera donc pas autorisé à affirmer à la légère l'existence d'une syphilis héréditaire.

Tous ceux qui s'occupent de pédagogie et de psychiatrie infantile consulteront avec grand intérêt ce patient et consciencieux travail.

René CHARPENTIER.

Les alcooliques sont des malades (alcoholics are sick people), par R.-V. SELIGER (1 brochure, 80 pages, *Baltimore alcoholism publications*, 1945).

L'auteur pose comme principe que tous les alcooliques sont des malades. Le but de son ouvrage est de permettre à un sujet de savoir s'il a une tendance à devenir un alcoolique et, s'il a cette tendance, de lui donner les moyens de ne pas devenir alcoolique. L'auteur a établi trente-cinq questions ; suivant que le sujet répond oui ou non à ces questions, on peut en déduire quelle est sa prédisposition à l'alcoolisme.

Les diverses raisons qui déterminent les alcooliques à boire sont : le moyen d'échapper à des situations auxquelles ils ne peuvent faire face, le résultat d'une personnalité insuffisamment adaptée aux difficultés de la vie, l'habitude de boire devenue progressivement une impulsion pathologique, une anomalie mentale, un moyen d'échapper à une douleur physique incurable, un comportement intellectuel et émotif inférieur ou déficient. L'alcoolique est incapable de boire avec modération et, s'il veut guérir, il doit s'abstenir complètement des liqueurs fermentées. Personne ne naît alcoolique et il n'y a pas d'hérédité qui force à faire des excès de boissons. L'alcoolique qui désire devenir abstinent doit demander l'aide d'un psychiatre ; seul, il n'y parviendra pas.

L'opuscule se termine par un guide contenant des préceptes et des conseils destinés aux buveurs qui désirent se guérir.

L. MARCHAND.

NEUROLOGIE

Les méningiomes de la IIIe frontale (hémiplégie homolatérale, syndrome de l'aera 8, syndrome mental frontal, syndrome radiographique), par Léon ECTORS, agrégé de l'Enseignement supérieur de l'Université de Bruxelles (1 vol., 164 pages, Masson et Cie édit., Paris 1945).

Les progrès de la chirurgie intra-cranienne sont liés autant au perfectionnement du diagnostic, à la connaissance de syndromes nettement définis qu'à l'amélioration de la technique. A propos de trois observations personnelles, M. Léon Ectors, rappelant d'autres cas cliniques et les résultats de l'expérimentation animale, dégage du syndrome du méningiome de la troisième frontale, dont il indique la spécificité, cinq syndromes distincts

concomitants : un syndrome de répercussion à distance avec lésion du pied du pédoncule cérébral du côté opposé à la tumeur qu'il faut bien connaître pour éviter de localiser la tumeur dans l'hémisphère opposé (hémiplégie homolatérale à la lésion), un syndrome moteur de l'area 8 de Brodmann. un syndrome mental frontal dont l'auteur rappelle les éléments, un syndrome radiologique avec altérations caractéristiques et un syndrome d'hypertension cranienne, apportant ainsi une intéressante contribution à l'étude des tumeurs cérébrales. Après une étude anatomo-pathologique, M. L. Ectors décrit l'évolution de ces méningiomes et donne des indications pour le diagnostic (en particulier pour le diagnostic du côté où siège la tumeur) et le traitement.

René CHARPENTIER.

Les troubles de l'innervation pharyngo-laryngée et œsophagienne, paralysies, spasmes, myoclonies, vasomotricité, réflexes, par le professeur P.-J. COLLET (1 vol. in 8°, 320 pages, 22 fig., Masson et Cie édit., Paris 1946).

Le succès des réunions communes, périodiques, consacrées à l'oto-neuro-ophtalmologie, dont la plus récente vient de se tenir à Strasbourg, suffirait à montrer le grand intérêt de ce livre. Mais cinquante années d'expérience et de recherches de son auteur, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, rendent ce recueil indispensable aux neurologistes comme aux laryngologistes.

Après un résumé descriptif des muscles et des nerfs du larynx et un bref exposé des fonctions de cet organe, une étude détaillée des laryngoplégies (hémiplégies laryngées, diplégies laryngées, paralysies laryngées d'origine centrale, troubles sensitifs et vaso-moteurs du larynx, paralysie du laryngé supérieur, spasmes du larynx, ictus laryngé), permet de compléter bien des notions sur les troubles de l'innervation du larynx. De même pour les troubles de l'innervation du pharynx (paralysies du pharynx et du voile du palais, syndromes paralytiques pharyngo-laryngés, spasmes du pharynx, troubles sensitifs du pharynx), comme aussi pour les myoclonies pharyngo-laryngées, expression d'un trouble du fonctionnement du complexe olivo-cérébelleux et auxquelles est consacré un chapitre spécial.

Dans un autre chapitre, le professeur F. J. Collet passe en revue les troubles pharyngo-laryngés qui peuvent se présenter dans diverses maladies du système nerveux : tabès, syringobulbie, sclérose en plaques, encéphalite épidémique, paralysie agitante, maladie de Friedreich, névroses et psychoses (chorée, hystérie, psychopathies).

L'ouvrage se termine par l'exposé des troubles de l'innervation de l'œsophage (déglutition œsophagienne, spasme de l'œsophage, paralysie de l'œsophage, troubles vaso-moteurs, réflexes d'origine œsophagienne et, en particulier, réflexe œsophago-cardiaque). Pour l'abondance de la bibliographie et la richesse de la documentation clinique comme pour l'intérêt des conceptions et des recherches personnelles de l'auteur, ce livre sera fréquemment consulté.

René CHARPENTIER.

La stase papillaire prolongée idiopathique ; ses rapports avec l'œdème cérébral, par le Dr F. Bannel (1 brochure in-8°, 90 pages, Imprimerie Delmas, *Thèse* Bordeaux 1945).

Dans ce travail, étayé sur trois observations originales, l'auteur attire l'attention sur une forme spéciale de stase papillaire. Cette stase évoluerait pendant de nombreuses années sans atrophie optique ou modifications de l'acuité visuelle ; dans une deuxième partie, l'auteur fait une revue des différentes étiologies et théories pathogéniques de la stase papillaire, puis étudie de la même manière l'œdème cérébral ; dans une troisième partie, il rapproche les conceptions sur la stase et sur l'œdème cérébral et démontre le rapport étroit qui unit ces deux processus pathologiques. Enfin, revenant à ses observations, il tente d'expliquer ces stases prolongées ; il envisage la possibilité d'un déséquilibre vasomoteur cérébral. Ce déséquilibre, provoqué par des causes variables : traumatismes, infections, tumeurs, serait ensuite entretenu par une « adaptation » des centres régulateurs à ce nouvel état. Il conclut en conseillant, dans ces cas, des mesures diagnostiques et thérapeutiques, telles que ventriculographie, solutions hypertoniques intra-veineuses, etc... et en insistant sur le pronostic relativement favorable de ces stases papillaires prolongées.

M. Bergouignan.

Les travaux de Pitres sur l'aphasie, par Jacques Moreau (1 brochure in-8°, 86 pages, Imprimerie Delmas, *Thèse* Bordeaux 1945).

Pitres, dont les travaux sur l'aphasie s'échelonnent de 1875 à 1913, est resté fidèle aux images cérébrales et à leur localisation ; toute sa vie, il a soutenu la doctrine classique : les quatre centres d'images, les quatre aphasies nucléaires, les faisceaux et les aphasies internucléaires ; il lui ajoute trois compléments : 1° l'amnésie continue qui s'expliquerait par l'élaboration des images cérébrales dans les lobes frontaux avant de s'accumuler dans leurs centres respectifs ; 2° l'agraphie pure, qui illustre la thèse des mémoires multiples les plus distinctes et les plus localisées ; 3° l'aphasie amnésique et les paraphasies, dans lesquelles on voit les centres d'images, intacts, et les images intactes, ne plus fonctionner et ne plus être évoquées du fait des lésions sus-nucléaires. Il a cependant pressenti les concepts nouveaux : négation du rôle de F2, substitution de l'anarthrie, c'est-à-dire d'un trouble mécanique, à l'aphasie, trouble intellectuel. Il a été près de rejeter les images cérébrales : dans l'aphasie partielle des polyglottes, le même centre assez actif pour permettre le mot français, ne l'est plus assez pour le latin ; dans l'aphasie amnésique, les souvenirs que les lésions semblent avoir détruits existent toujours, présents mais inévocables. Il n'a pas su dominer ses deux points de vue de localisateur et de prénégateur des images ; on ne saurait cependant lui reprocher d'avoir mal synthétisé, il y a cinquante ans, des concepts que, depuis Bergson et Pierre Marie, les esprits les plus informés n'ont pas encore harmonisés.

M. Bergouignan.

Dissolution et reconstruction du langage chez les aphasiques, par le Dr M. Blanc (1 brochure in-8°, 72 pages, Imprimerie Delmas, *Thèse* Bordeaux 1945).

Après avoir rejeté la conception révolue des centres conservateurs d'images, l'auteur examine la thèse de Pierre Marie, pour qui l'aphasie est un « trouble d'élaboration intellectuelle et non un trouble de la réception sensorielle ». Il s'attache à la compléter par certaines perspectives nouvelles qu'ont mises en lumière Delay, Delmas-Marsalet. Il insiste sur le caractère dynamique du déficit et donne des exemples du processus « d'investissement verbal », auquel recourent les malades. Etablissant une sorte de parallèle entre l'aphasie et le langage lui-même, il constate que l'un et l'autre présentent un double aspect, reflet de celui que revêt l'unité organo-psychique qu'est l'homme. Il y aura des phénomènes de dissolution liés à la destruction ou à l'irritation des centres associatifs cérébraux, et des phénomènes de reconstruction liés à la présence d'un esprit qui cherche et peut se réadapter.

M. Bergouignan.

PSYCHOLOGIE

Etudes de psychologie instinctive et affective, peur, colère, et vengeance, amour-propre, sympathie, jalousie, curiosité, par Auguste Ley, professeur à l'Université de Bruxelles, et M.-L. Wauthier, assistante à l'Université de Bruxelles (1 vol. in-8°, 190 pages, in *Bibliothèque de philosophie contemporaine*, Presses Universitaires de France, édit., Paris 1946).

Au moment où l'aspect affectif des processus psychiques tend à prendre une place de plus en plus grande parmi les préoccupations des psychologues et des psychiatres, le livre du professeur Aug. Ley et de Mad. M.-L. Wauthier est particulièrement opportun. Tous les sentiments qui y sont étudiés se rattachent à des instincts fondamentaux ; d'autres feront l'objet de publications ultérieures.

La *peur* qui, comme la colère, extériorise la défense du moi physique, est envisagée sous ses aspects si variés : peur innée, peur acquise, peur chez l'enfant, chez l'animal, chez les primitifs et à l'origine des religions, peur collective. Les auteurs en relatent le vocabulaire, l'expérimentation et la pathologie et terminent par d'utiles conseils d'éducation et de thérapeutique. De même pour la *colère*, qu'elle soit occasionnelle (pour des motifs ridicules ou légitimes, ou encore de caractère utilitaire) ou bien qu'elle émane d'un tempérament coléreux habituel. Rentrée, la colère aboutit aux sentiments de haine et de rancune, s'intellectualise et l'agression différée qui en résulte prend la forme de la vengeance, tendance très primitive et très fondamentale (elle existe chez l'enfant et chez l'animal), toujours active, de formes multiples et diverses, dont les manifestations sont si fréquentes chez les malades mentaux.

Sentiment se rattachant à la défense du moi moral, l'*amour-propre*, malgré son rôle essentiel dans la conduite humaine, n'a été jusqu'ici que peu étudié. M. Aug. Ley et Mad. M.-L. Wauthier consacrent près de cinquante pages à ce sentiment si complexe, dont ils analysent les divers éléments,

énumèrent les formes, notent les associations et les conflits avec d'autres tendances instinctives, dégagent la psychogénèse, le rôle en pathologie mentale et dans l'éducation. L'étude expérimentale est complétée par un modèle de test pour enfants et pour adultes, épreuve qui s'adresse aux diverses modalités de l'amour-propre et est de nature à faciliter la connaissance du caractère du sujet.

La *sympathie*, qui a pour fondement l'instinct d'agrégation, est à la base de l'adaptation à la vie sociale, de l'éducation du sens social, ou de sa rééducation éventuelle. C'est un facteur indispensable au succès de la psychothérapie. Moyen d'expansion et de conquête, ce peut être aussi un premier pas vers la dissolution du moi, le renoncement, la diminution de l'individualité personnelle. L'étude de l'antipathie, des sympathies et antipathies pathologiques complète ce chapitre. D'importantes conclusions s'en dégagent pour la rééducation des déséquilibrés, des déviés et des déficients du sens social.

Avec Descartes, tous situent l'origine de la *jalousie* (considérée d'une façon générale) dans l'instinct de propriété. Désir de possession complète et exclusive avec refus catégorique du partage, la jalousie apparaît comme une émotion très primitive et fondamentale, souvent apparentée à l'instinct de puissance et de domination, fréquemment en rapport avec l'amour-propre. Les auteurs en étudient la psychogénèse, en décrivent les réactions, celles aussi de la jalousie morbide, en énoncent la prophylaxie et la thérapeutique.

L'ouvrage se termine par un chapitre consacré à la *curiosité*, que les auteurs rattachent à un instinct d'anticipation. De formes multiples, utile ou inutile, parfois nuisible, la curiosité subit au cours de l'évolution psychique des transformations comparables à celles des instincts anticipatifs, imitation et jeu. C'est une tendance dynamique et active vers l'objet de l'intérêt. Des méthodes d'observation et des expériences permettent l'étude chez l'enfant de cette attitude active vers plus de connaissance qu'il importe de favoriser, de cultiver, de diriger.

Ce livre a sa place marquée dans toutes les bibliothèques psychiatriques. Il faut souhaiter que paraisse bientôt la nouvelle série d'études consacrées à l'instinct d'appropriation, à l'imitation, à l'instinct sexuel, d'études de tendances dont la connaissance est indispensable à la formation des caractères, au développement intégral et harmonique de l'enfant, et à une vie sociale équilibrée.

René Charpentier.

Intelligence et quotient d'âges. Manuel pour l'étude du développement mental, par René Zazzo, chargé de conférences à l'Institut de psychologie de l'Université de Paris, directeur de laboratoire à l'hôpital Henri-Rousselle (1 vol. in-8°, 64 pages, 12 fig., in *Bibliothèque de philosophie contemporaine*, Presses Universitaires de France, édit., Paris 1946).

C'est en 1908, dans la deuxième formulation de leurs tests, que Binet et Simon créèrent l'expression d'âge mental appelée depuis à un si légitime succès. M. René Zazzo montre combien fut importante et riche de conséquences cette notion nouvelle qu'un arriéré est comparable à un enfant normal, qu'une différence d'intelligence est réductible à une différence d'âge.

C'est en 1912 que W. Stern proposa le calcul du quotient mental, adopté par Terman sous le nom de quotient intellectuel (Q.I.). Par un échantillonnage de tableaux et de courbes, clairs et expressifs, l'auteur rappelle quelques-unes des acquisitions dues à la méthode des tests et au calcul du quotient intellectuel.

En 1926, Mlle Lucie Bonnis, dans un travail publié sous la direction du Dr Th. Simon, a présenté des courbes de développement intellectuel qui sont en réalité, pratiquement, des graphiques rectificatifs du Binet-Simon. M. René Zazzo expose quelle fut l'origine de cette illusion, la confusion d'un schéma rectificatif avec une courbe de croissance, la confusion de la norme avec les courbes expérimentales. Si les enseignements de Terman sont opposés à ceux de Mlle L. Bonnis, c'est que tandis que Terman part de la construction d'une norme, Mlle L. Bonnis part de l'établissement des courbes expérimentales. Terman part de l'examen d'enfants normaux ; Mlle Bonnis, restant dans la tradition de Binet et Simon, part de l'examen d'enfants arriérés de la Colonie de Perray-Vaucluse. En conclusion, nous ne savons calculer que le quotient d'âges et non le quotient d'intelligence et cette intéressante publication, terminée par un tableau rectificatif, « apporte le moyen d'utiliser le test de Binet-Simon avec le minimum d'erreurs ».

René CHARPENTIER.

Le complexe psycho-somatique en pédagogie, par Robert LAFON, directeur, et Pierre MARTIN, directeur d'un stage d'application, de l'Institut de psycho-pédagogie médico-sociale de Montpellier. *Préface* de J. EUZIÈRE, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Montpellier (1 brochure in-8°, 78 pages, Editions Cartier, Lyon 1946).

Centre où se forment des éducateurs, Ecole où se poursuivent des observations et des expérimentations, l'Institut de psycho-pédagogie médico-sociale de Montpellier a été fondé en 1943 par le Dr Robert Lafon, agrégé à la Faculté de médecine. La première leçon y fut donnée par le Doyen Euzière. Les conférences réunies dans cette brochure ont été faites à des éducateurs à l'occasion d'une session d'études au Centre d'éducation de Grèzes (Aveyron).

MM. R. Lafon et P. Martin ont exposé successivement et clairement les notions indispensables concernant la structure du complexe psycho-somatique et ses lois, la psycho-morphogénèse (hérédité, phase du « Il », phase du « Je », phase du « Moi »), la connaissance de l'enfant et de l'adolescent et ses méthodes, les dysharmonies et inadaptations de l'enfant et de l'adolescent (origine, types divers et classification des dysharmonies, inadaptations proprement dites et particulièrement la paresse), des notions indispensables aussi concernant l'éducateur (vocation, aptitude, formation, comportement de l'éducateur).

Dans la préface, après avoir loué comme il convient l'effort fécond des auteurs, la sincérité et l'ardeur de leur conviction, et les qualités incontestables d'exposés faits pour être compris de tous, le Doyen Euzière apporte toutefois une note de réserve que justifie, hélas, la relativité de nos connaissances actuelles. Mais l'avenir, avec toutes ses promesses, n'est-il pas ouvert devant ceux que ne découragent pas les difficultés et les obstacles du moment ?

René CHARPENTIER.

La douleur et son traitement. Douleur, suggestion, attitude psychique, par Henri FLOURNOY (1 brochure in-8°, 14 pages, Imprimerie du Journal de Genève, 1944).

Dans cette leçon, faite lors du Cours de perfectionnement organisé par la Faculté de médecine de Genève du 2 au 7 octobre 1944, M. Henri Flournoy expose que si la douleur est un phénomène essentiellement psychologique et de nature subjective, du point de vue médical, elle garde cependant une grande valeur diagnostique. Il signale les faits d'anesthésie par suggestion, en particulier sous hypnose, dans un but thérapeutique ou expérimental. La suggestion peut aussi se produire de manière fortuite, et, sous l'appoint émotif, se produisent en rapport avec l'attitude psychique du moment des imitations involontaires, des « identifications ». Entre la souffrance morale et la douleur physique existent des liens étroits. Si la douleur physique nous « affecte », la douleur elle-même dépend de l'ensemble des dispositions affectives.

Enfin, à propos de la recherche par certains sujets de la souffrance, morale ou corporelle, M. Henri Flournoy rappelle les faits si fréquents de « masochisme moral » décrits par Freud et le mécanisme de l' « auto-punition », dont le rôle est d'apaiser les sentiments inconscients de culpabilité. Liée à l'état d'équilibre affectif et aux tendances instinctives les plus profondes (instinct sexuel ou instinct d'agression), la douleur, à laquelle il est bien difficile de refuser une fonction biologique, la valeur d'un signal d'alarme, fait partie de tout l'ensemble de la personnalité.

R. C.

PSYCHO-PHYSIOLOGIE

L'électro-choc et la psycho-physiologie, par J. DELAY, professeur à la Faculté de Médecine, médecin des hôpitaux de Paris, docteur ès-lettres (1 vol., in-8°, 170 pages. Masson et Cie édit., Paris 1946).

Les beaux travaux du professeur Jean Delay et de ses élèves sur l'électro-choc et son syndrome biologique, travaux bien connus de nos lecteurs, trouvent leur conclusion actuelle dans ce livre, qui propose des solutions à des problèmes de psycho-physiologie générale longtemps controversés et de grande importance.

L'électro-choc n'est assurément pas d'une efficacité thérapeutique constante. D'action remarquable parfois, sans action d'autres fois, il comporte, comme tout agent, des indications et des contre-indications. A des degrés variables, c'est dans les états mélancoliques, les états maniaques, les états confusionnels et le syndrome schizophrénique que des succès ont été surtout obtenus. Comme il n'agit pas sur la cause de l'état pathologique, mais sur le mécanisme du trouble psychopathique, l'électro-choc exerce une action non pas étiologique, mais pathogénique sur ces différents syndromes, quelle que soit l'entité nosographique à laquelle on les rattache actuellement. C'est sous l'influence de cette modification expérimentale qu'on pourra arriver sans doute à préciser la structure psycho-pathologique

de ces états. Régulation de l'humeur dans les psychoses thymiques, telles la mélancolie et la manie, régulation de la conscience dans les psychoses confusionnelles et oniriques, caractérisées par un déficit de l'activité noétique, telle peut être systématisée l'action psychothérapique du choc. Or, le diencéphale joue un rôle important dans la régulation des instincts, de l'humeur et de la conscience. Des faits cliniques et expérimentaux montrent que des hyperthymies peuvent être en rapport avec l'excitation du diencéphale, que des hypothymies aussi peuvent être en rapport avec sa dépression. Des faits cliniques et expérimentaux permettent d'établir les rapports de la fonction vigile et du diencéphale ; en agissant sur la région hypothalamique, dont on sait les étroites connexions avec le diencéphale, des thérapeutiques comme l'électro-choc ont une action sur la dissolution de la conscience. Carrefour neuro-endocrinien, le diencéphale a, dans la régulation des fonctions psychiques, dans les régulations instinctivo-affectives particulièrement, un rôle qu'on ne saurait surestimer.

Ce sont les rapports de l'électro-choc avec le diencéphale qu'expose dans ce livre le professeur Jean Delay, étudiant tout d'abord l'épilepsie électrique, l'analyse des différentes crises dont se compose la crise d'épilepsie électrique, montrant le rôle non exclusif mais majeur qu'y joue le diencéphale. Une seconde partie est consacrée à cette disposition affective fondamentale, riche de toutes les instances émotionnelles et instinctives, donnant à chacun de nos états d'âme leur tonalité variable du plaisir à la douleur, c'est-à-dire à l'humeur : humeur mélancolique, humeur maniaque, dont l'auteur décrit les divers aspects et la base thymique modifiable sous l'action de l'électro-choc ; humeur hébéphrénique aussi en donnant des exemples (l'hébéphrénie est définie ici par le déficit initial et essentiel du tonus instinctivo-affectif), l'hébéphrénie ne bénéficiant de la thérapeutique de choc que par l'intermédiaire d'une profonde modification de la sphère thymique, et avec des succès à la fois moins constants et parfois plus spectaculaires que vraiment durables. C'est sur le dérèglement de l'humeur que s'exerce électivement l'action régulatrice des thérapeutiques de choc, que les agents choisis soient épileptogènes ou comatogènes, qu'il s'agisse de cyclophrénie ou d'hébéphrénie.

Rappelant que les causes exogènes, génératrices d'hyperthymies ou d'hypothymies, encéphalites ou tumeurs, sont celles qui intéressent la base du cerveau, spécialement la région diencéphalique, M. Jean Delay est amené à rechercher si l'hypothalamus qui, on le sait, préside à la régulation des grands rythmes vitaux, assure aussi la régulation des rythmes de l'humeur, s'il existe, par conséquent, un mécanisme central des rythmes de l'humeur. Il expose donc les faits cliniques et expérimentaux (expérimentation sur l'animal, expérimentation neuro-chirurgicale), qui établissent les rapports de l'humeur et du diencéphale, l'association aux troubles de l'humeur des troubles de la régulation du sommeil, de la nutrition, de la reproduction, etc., sous l'influence des interactions cortico-basilaires.

La troisième partie de cet important ouvrage est consacrée à la conscience et à ses dissolutions. Rappelant les théories d'Hughlings Jackson et ses principes d'intégration, de dissolution, de libération, M. Jean Delay précise la notion de confusion mentale, sa genèse, son analyse structurale. Il montre que l'action de l'électro-choc dans les dissolutions de la conscience porte à la fois sur la confusion et sur l'onirisme. Cette régulation de la conscience, cette réintégration fait réapparaître des synthèses mentales

et disparaître des automatismes oniriques, réalisant une ascension dans l'échelle des niveaux de conscience, faisant passer le malade du plan de l'automatisme à celui de la synthèse, de la subconscience à la conscience claire. Faits cliniques et expérimentaux s'accordent, ici encore, pour établir l'existence dans le diencéphale d'un dispositif régulateur des oscillations de la veille et du sommeil, dispositif qui, toutefois, exerce son action par l'intermédiaire du cortex cérébral. Le diencéphale paraît bien « être le siège de l'humble conscience végétative », qui dérive de la cœnesthésie, mais si là se trouve l'origine de la conscience chez l'homme, celle-ci dépend de l'intégrité anatomique et fonctionnelle de l'écorce cérébrale. Ce qu'on peut localiser dans le diencéphale, ce n'est pas la conscience, mais peut-être « un centre de l'éveil de la conscience ». En conclusion, l'auteur « ne prétend nullement que l'électro-choc n'agisse pas sur le cortex cérébral, mais seulement que son action s'exerce par l'intermédiaire du diencéphale, qui constitue en quelque sorte son point d'attaque ».

Mais est-il possible d'indiquer en quelques phrases le contenu de ce livre, clairement écrit, agréable à lire, où les idées et les recherches personnelles voisinent avec une riche documentation, et où les plus difficiles problèmes de la psychiatrie sont envisagés, non seulement au point de vue clinique et thérapeutique, mais surtout sous l'angle de la psycho-physiologie et de la pathologie générale.

René CHARPENTIER.

THERAPEUTIQUE

Electro-choc et thérapeutiques nouvelles en neuro-psychiatrie, par P. DELMAS-MARSALET, professeur de clinique neurologique et psychiatrique à la Faculté de médecine de Bordeaux, médecin des hôpitaux (1 vol. in-8°, 378 pages, J.-B. Baillière et fils édit., Paris 1946).

Lors de sa publication, en 1943, la première édition de ce livre a été présentée aux lecteurs des *Annales médico-psychologiques* (janvier 1944, pages 64-65). Le succès de cette monographie, consacrée à « l'électro-choc thérapeutique », est attesté par la publication de cette deuxième édition. Mais c'est là, en réalité, un livre presque entièrement nouveau. Comme dans l'édition précédente, tout ce qui concerne la pratique de l'électrochocthérapie à l'aide d'un appareillage spécial sur courant continu (troisième appareil, modifié, de Delmas-Marsalet et Bramerie) est ici clairement et méthodiquement exposé, de même que l'exposé de la théorie de l'auteur sur la dissolution-reconstruction, son rôle dans la genèse et dans la guérison de certains états psychopathiques. Mais, dans la première partie de l'ouvrage, le professeur P. Delmas-Marsalet apporte des notions nouvelles, résultats des intéressantes recherches qu'il a personnellement poursuivies, en particulier sur les infra-crises épileptiques (absences), sur les phénomènes physiologiques, humoraux et psychiques déterminés par l'électro-choc, sur les résultats thérapeutiques des « infra-crises électriques » dans les maladies mentales (comparant ces résultats avec ceux obtenus avec les crises convulsives), sur l'utilisation de l'électro-choc chez l'enfant (Heuyer, Bour et Leroy) et sur

son utilisation dans d'autres états que les états psychopathiques, etc. Il présente, en outre, sa théorie du fonctionnement itératif des centres nerveux actionnés dans l'électro-crise épileptique.

Grâce aux recherches de l'auteur et aux perfectionnements apportés à la technique de l'électro-choc, il est possible d'obtenir d'emblée une crise convulsive de moyenne intensité (détermination semi-automatique du temps de passage du courant) et de réaliser au gré des indications, tantôt cette crise convulsive, tantôt une simple absence (loi des voltages). Un memento pratique résume pour le débutant les précautions qu'il convient de prendre et les diverses manœuvres qu'il faut effectuer ainsi que les incidents techniques qui peuvent se produire et qu'il est nécessaire de surveiller. De nombreuses observations personnelles résumées indiquent les résultats obtenus par l'auteur à l'aide des électro-crises convulsives (142 observations) et des électro-absences (54 observations) dans divers états psychopathiques. Un important chapitre aussi est consacré au mécanisme de la crise épileptique.

Après cet exposé très complet de la technique de l'électrochocthérapie et de ses résultats, la deuxième partie du livre est consacrée à l'exposé de la théorie diencéphalique de l'électro-choc (professeur Jean Delay) et, en général, au rôle du diencéphale dans la genèse des psychoses avec les conclusions thérapeutiques que l'on en peut déduire. M. P. Delmas-Marsalet les envisage successivement dans les encéphalopathies post-traumatiques, les dépressions psycho-somatiques, le délire aigu (résultats de son traitement par la novocaïne intraveineuse, par la morphine intraveineuse, par l'électro-choc), les épilepsies, en attirant l'attention sur les « épilepsies de structure morphéique » et leur traitement par les antihypniques, les hallucinations visuelles (leur traitement et celui de certaines hallucinoses par la médication antihypnique), les insomnies (rétablissement des rythmies fonctionnelles). Dans de nombreux cas, il propose donc des solutions thérapeutiques personnelles justifiées par les résultats qu'il a ainsi obtenus.

D'ailleurs, dans une troisième partie, consacrée aux thérapeutiques et conceptions osmotiques, le professeur P. Delmas-Marsalet expose encore une méthode thérapeutique personnelle, traitement du delirium tremens par des injections intraveineuses de sulfate de magnésie en solution hypertonique à 15 pour 100, méthode grâce à laquelle il présente une statistique de 86,6 0/0 de guérisons.

Ces brèves indications sur le contenu de la nouvelle édition du livre de M. P. Delmas-Marsalet, que termine une très importante bibliographie (17 pages) suffisent à montrer qu'il s'agit bien d'un livre nouveau. Non seulement par toutes les notions nouvelles et personnelles qui y figurent concernant l'électrochocthérapie, mais encore par des chapitres entièrement nouveaux, dans lesquels l'auteur expose de nouveaux procédés de thérapeutique neuro-psychiatrique, pour la plupart personnels, désignés par lui sous le nom de « méthodes dynamiques ». Les tendances de la thérapeutique psychiatrique moderne sont ici manifestes, en même temps que les espoirs nés de l'évolution récente des méthodes de traitement et de prophylaxie des troubles de l'esprit.

René Charpentier.

Les méthodes de choc et autres traitements physio-pharmacologiques dans les maladies mentales. Travaux américains de 1940 à 1946, par le Dr Marcel PAHMER, membre de la Fondation Menninger, ancien interne professeur des hôpitaux de Paris (1 brochure in-8°, 95 pages, Editions Hippocrate, Le François, Paris 1946).

Sous ce titre, M. Marcel Pahmer présente aux lecteurs de langue française un utile exposé méthodique et résumé des travaux poursuivis aux Etats-Unis pendant la guerre sur les nouvelles méthodes de traitement des maladies mentales, méthodes pour la plupart imaginées en Europe où leur étude, en France en particulier, a été parallèlement poursuivie. Il est donc particulièrement intéressant de pouvoir comparer les résultats obtenus des deux côtés de l'Atlantique à un moment où étaient interrompues les relations entre les deux continents. Qu'il s'agisse d'insulinothérapie, de métrazolthérapie, d'électrochocthérapie ou de méthodes associant ces thérapeutiques de choc, chaque chapitre, précédé d'une description du tableau séméiologique, est suivi de l'exposé résumé des publications concernant les modalités techniques, les observations cliniques, les examens métaboliques, les complications, les examens anatomo-pathologiques, les indications et les résultats thérapeutiques.

Faisant observer que « seuls les symptômes affligeants de la psychose sont abolis dans des cas sélectionnés », facilitant ainsi ou accélérant la réadaptation sociale du malade, M. Marcel Pahmer signale qu'aux Etats-Unis, l' « on s'inquiète de plus en plus des complications parfois graves et des séquelles, passagères ou permanentes, qui résultent de l'application de ces méthodes, même entre des mains expertes ».

En conclusion, la schizophrénie semble être l'indication majeure de l'insulinothérapie, les psychoses affectives bénéficiant surtout des méthodes convulsivantes. Aux U.S.A. comme en Europe, l'électro-choc (que Fetterman estime préférable de désigner sous le nom d'électro-coma) tend à être préféré, particulièrement, au métrazol. L'appréciation des indications et des résultats serait à la fois plus facile et moins incertaine si les statistiques étaient basées partout sur les mêmes critères. Le vaste groupe d'attente que constitue la schizophrénie, aux U.S.A. en particulier et en Suisse ne se prête sans doute pas à des discriminations suffisantes. A ce point de vue, on ne saurait attacher trop d'attention à l'opinion déjà émise que l'étude minutieuse des cas dans lesquels le traitement a échoué pourrait être plus fructueuse encore que celle des cas où les résultats ont été favorables : cela, tant au point de vue nosologique et séméiologique que thérapeutique.

Quoi qu'il en soit, aux U.S.A. comme ailleurs, les méthodes de choc ont pris une grande place dans le traitement des grands syndromes psychiatriques, et le professeur Lewis a jugé opportun de rappeler que ces procédés doivent être intégrés aux méthodes traditionnelles de la psychothérapie en tenant compte de tous les facteurs, tant héréditaires que constitutionnels, de la personnalité humaine. Mais tant par leur action que par les recherches auxquelles ils donnent lieu, ces nouveaux traitements de la psychiatrie moderne constituent une nouvelle démonstration de cette conception défendue dès son origine par la psychiatrie française, que la médecine mentale ne saurait être isolée, séparée, ni même éloignée, des tendances et des méthodes de la médecine générale.

D'autres chapitres sont consacrés à la lobotomie préfrontale (G. Moniz)

connue aux U.S.A. sous le nom de leucotomie frontale, dont les meilleurs résultats ont été obtenus dans les psychoses d'involution et les états d'obsession, à des tentatives physiopharmacologiques diverses (anoxie cérébrale provoquée, picrotoxine, coramine, sulfate de méthylguanidine, dilantine, histamine et nitrite d'amyle, acétylcholine, tartrate d'ergotamine, dérivés barbituriques et benzédrine, hypothermie artificielle, hormones, vitamines, sérum cytotoxique de Bogomoletz), au sommeil artificiel prolongé et à la narcosynthèse ou psychonarcose en psychiatrie de guerre.

Un index bibliographique donne les références précises de 402 publications parues dans 58 revues aux Etats-Unis, et termine cette brochure qui facilitera grandement les recherches sur les intéressants et nombreux travaux effectués par les psychiatres américains pendant ces dernières années.

René CHARPENTIER.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

La mélancolie amoureuse. A propos d'un livre de la bibliothèque municipale de Montpellier et d'un tableau du Musée Fabre, par J. EUZIÈRE, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Montpellier (*Languedoc médical*, janvier-février 1946).

Le livre est de Jacques Ferrand. Le tableau est d'Ingres et fut inspiré par l'amour d'Antiochus, fils de Selencus, pour Stratonice, sa belle-mère. On lira avec intérêt les considérations qu'inspira au doyen Euzière, à l'occasion d'une charmante causerie radiodiffusée le 12 janvier 1946 par le poste de Montpellier-Languedoc, le rapprochement de deux cas de mélancolie amoureuse et leur traitement.

Qu'il me soit permis d'ajouter que c'est en 1612, à Toulouse, que Jacques Ferrand, d'Agen, docteur en médecine, et je crois même docteur en droit, publia la première édition de ce curieux livre d'un érudit, dont la seconde édition, petit in-12 très joliment édité et que j'ai dans ma bibliothèque, parut à Paris, « par privilège du Roy », chez Denis Moreau, rue Saint-Jacques, en 1623, précédée d'une « Epistre » du libraire dédiant l'ouvrage « A Messieurs les Estudians en Médecine à Paris » pour leur « instruction et profit » (21 mai 1623).

Si le titre de la seconde édition est « De la maladie d'amour ou mélancholie érotique. Discours curieux qui enseigne à cognoistre l'essence, les causes, les signes et les remèdes de ce mal fantastique », le haut des pages du volume indique plus ambitieusement « Traité de la guérison de l'amour ou mélancholie », titre se rapprochant davantage de celui de la première édition (1612), lequel figure d'ailleurs aussi en tête du chapitre I de l'édition de Paris.

J'ai déjà eu l'occasion de rappeler (1) les idées sur l'hérédité et les principes de prophylaxie exprimés dès cette époque par Jacques Ferrand (chapitre X, page 69) en ces termes : « Ceux qui sont engendrez de personnes qui ont tellement affollé d'Amour qu'ils en sont devenus mélancholiques en habitude, courent hazard d'estre héritiers de pareille maladie, si la semence de l'autre géniteur ne corrige ce vice, ou bien on n'y remédie par bonne discipline, éducation et régime de vivre. »

L'ouvrage, dont la seconde édition et l'amusante épître du libraire disent assez le succès, attira en son temps à l'auteur des éloges en grec, en latin, en français, parmi lesquels ce quatrain d'un avocat au Siège présidial de Lauraguez :

Si l'Amour est puissant, Ferrand vous l'estes plus.
S'il blesse, vous sçavez comment guérir l'ulcère,
S'il jette ses brandons, vous esteignez ces feux :
Et de nos passions vous maistrisez le père.

René Charpentier.

Psychoses et encéphalites colibacillaires cliniques et expérimentales. Formes catatoniques et léthargiques, par H. Baruk (*Le Progrès médical*, 24 octobre 1946).

Dans cet important mémoire, M. Henri Baruk montre d'abord comment, en utilisant les méthodes expérimentales, il a pu, depuis 1928, individualiser sur des bases cliniques et pathogéniques les psychoses colibacillaires. Rappelant les travaux antérieurs et particulièrement ceux du professeur Vincent (1925) sur l'action neurotrope de la toxine coli-bacillaire, toxine neurotrope distincte de la toxine entérotrope, il relate les premières descriptions cliniques et les premiers succès sérothérapiques, les premières démonstrations expérimentales du rôle de la toxine bacillaire dans la genèse de la catatonie d'abord, puis dans la genèse d'autres syndromes mentaux (confusion mentale, états d'excitation, de dépression, formes psychasthéniques, formes simulant l'encéphalite léthargique ou la sclérose en plaques, etc...). Le polymorphisme des psychoses colibacillaires en rend parfois le diagnostic difficile et M. H. Baruk en donne des exemples. Il en étudie les portes d'entrée et l'origine et montre le rôle des facteurs hépatiques et intestinaux.

De ces données cliniques et expérimentales, dues pour la plupart aux recherches et aux observations de l'auteur, se dégagent d'importantes déductions thérapeutiques (sérothérapie, administration d'uroformine, vaccins et surtout auto-vaccins, cholagogues..., etc., associés à une bonne hygiène générale physique et psychique et à la psychothérapie). Et M. H. Baruk conclut avec raison que l'analyse psycho-physiologique et étiologique de la maladie, sans séparer les phénomènes biologiques et moraux, intimément liés, est la meilleure façon de comprendre le malade comme d'élucider bien des problèmes encore obscurs de la psychiatrie.

R. C.

(1) René Charpentier. — De l'idée de dégénérescence à la doctrine des constitutions (*Journal de neurologie et de psychiatrie*, Bruxelles, mars 1932).

Troubles mentaux de l'intoxication oxy-carbonée. A propos de 50 observations, par J. DE AJURIAGUERRA et A. ROUAULT DE LA VIGNE (*La semaine des hôpitaux*, 14 novembre 1946).

L'augmentation de la fréquence des intoxications oxycarbonées dans les dernières années a permis à ces auteurs un travail d'ensemble sur les troubles psychiques présentés par les malades observés par eux dans le service de M. Genil-Perrin à l'hôpital Henri-Rousselle. Cette étude a déjà été l'objet de l'intéressante thèse soutenue devant la Faculté de médecine de Paris par l'un d'eux (1), le 28 juin 1945, thèse dans laquelle sont successivement envisagées, par M. A. Rouault de la Vigne, l'étiologie, la marche de l'intoxication, la symptomatologie clinique et biologique, les formes cliniques, l'évolution, la pathogénie et les conséquences médico-légales des troubles mentaux de l'intoxication oxy-carbonée aiguë.

C'est une mise au point des résultats de leurs observations que MM. J. de Ajuriaguerra et A. Rouault de la Vigne résument dans cet article à propos de 50 observations (17 hommes et 33 femmes). Peu fréquents et se produisant surtout chez des sujets âgés ou amoindris, ces troubles psychiques sont, en général, transitoires. Les plus graves d'entre eux suivent les comas les plus longs et le « temps de latence » ne doit pas être considéré comme un élément de gravité. Les troubles de l'attention, l'inertie, des troubles de la mémoire souvent importants sont les plus caractéristiques et le tableau clinique se présente le plus fréquemment sous l'aspect de confusion mentale (simple ou accompagnée d'agitation, d'onirisme hallucinatoire). A ces troubles peuvent s'adjoindre des troubles du tonus (forme akinéto-hypertonique de Desoille ou forme bradypsychokinétique avec amnésie sur laquelle ont insisté les auteurs). Des cas de démence oxycarbonée ont été également observés.

MM. J. de Ajuriaguerra et A. Rouault de la Vigne signalent en outre la possibilité, dans quelques cas, d'une légère réaction méningée (l'augmentation du taux de l'albuminorachie paraissant en relation avec l'apparition des troubles mentaux), la constance des altérations (précoces et fugaces en l'absence de complications cérébrales mais persistantes chez les malades confus) du tracé électro-encéphalographique dans les jours qui suivent le coma et, dans les états démentiels, durables, des modifications des ventriculogrammes et des clichés encéphalographiques.

Des conseils thérapeutiques terminent cette revue. Tout en ayant obtenu, par l'électrochocthérapie, une amélioration appréciable dans deux cas de séquelles (de type inertie psychomotrice), les auteurs conseillent de ne pas utiliser de façon trop précoce ce mode thérapeutique en raison de la fragilité vasculaire des cerveaux intoxiqués par l'oxyde de carbone.

René CHARPENTIER.

Le rôle de la constitution psychophysique et des conditions psychologiques pour la réadaptation des sinistrés, par le professeur H. STECK, de Lausanne (*Assemblée de la Société suisse de médecine des accidents et des maladies professionnelles*, Neuchâtel, 19-20 octobre 1946).

Le professeur H. Steck passe en revue les types psychophysiques constitutionnels de l'école de Kretschmer et étudie leur comportement en cas de lésion traumatique.

(1) A. ROUAULT DE LA VIGNE. — Etude des troubles psychiques de l'intoxication oxycarbonée aiguë. *Thèse,* Paris, 1945.

Une première constatation est que l'athlétique au caractère primitif et fruste réagit aux traumatismes cranio-cérébraux par une accentuation de ses traits de caractère, ce qui rend une réadaptation difficile sinon impossible. La constitution athlétique prononcée, et lorsque le corps est à l'image de l'esprit, rend très souvent difficile, si ce n'est pas impossible, toute réadaptation d'un sinistré atteint de n'importe quelle lésion traumatique grave. Le type pycnoïde s'adapte en général rapidement et facilement ; parmi les leptosomes, il faut distinguer les leptosomes simples et les asthéniques, surtout les derniers peuvent présenter des difficultés d'adaptation. Ce sont avant tout les corrélations caractérologiques d'une constitution physique déterminée qui sont opérantes pour une adaptation facile ou difficile d'un sinistré.

Les réactions du sinistré dépendent non seulement du caractère inné, mais aussi de sa situation sociale, de la situation psychologique, de l'histoire intime de l'individu. L'auteur discute la notion du « Gesundheitsgewissen » ou de la volonté de guérir.

L'importance psychologique de la localisation du traumatisme est mise en évidence par une échelle de valorisation des organes : organes génitaux, face extérieure, supérieure, inférieure, etc. Une esquisse sur la psychologie des mutilés permet de mettre en évidence le rôle de l'âge et des facteurs affectifs dans la réadaptation en général, et de montrer jusqu'à quel point l'esprit peut dominer la matière.

R. C.

Le diamant et la couronne (à propos d'une période de latence exceptionnellement longue chez un paralytique général non traité), par A. Pierson (Communication à la *Société de médecine et d'hygiène du Maroc*, séance du 25 novembre 1945, *Maroc médical*, n° 259).

Rappelant des cas de longue « période de latence » de la paralysie générale, M. A. Pierson présente un homme de 43 ans qui, plus de quatorze années avant que ne soit posé le diagnostic de paralysie générale, se fit recouvrir les dents d'or, de platine et de diamant (un diamant est fixé sur une couronne dentaire bien apparente sur une incisive supérieure). On assure que ce fut, naguère, une mode dans certains milieux.

R. C.

NEUROLOGIE

Développement de l'héritage scientifique de I. Pavlov (pour le dixième anniversaire de sa mort), par le professeur P. Anokhine, membre de l'Académie des sciences médicales de l'U. R. S. S. (*Journal belge de neurologie et de psychiatrie*, août 1946).

On consultera avec intérêt cette énumération des beaux travaux accomplis en dix ans par les élèves et continuateurs de Pavlov. Sur la demande de Pavlov avaient été créées par le gouvernement soviétique, dans les environs de Léningrad, près de Koltouchi, des cliniques psychiatrique et neurologique faisant partie de toute une cité scientifique où furent étudiés les

divers problèmes posés par la théorie de l'activité nerveuse supérieure de l'homme et des animaux. Théorie du trophisme nerveux, compléments apportés à la méthode des réflexes conventionnels et recherches sur l'appréciation comparée des diverses formes de l'activité nerveuse, sur la corrélation de l'écorce du cerveau et du fonctionnement des organismes internes ; étude de l'activité nerveuse supérieure parallèlement à la structure nerveuse de l'écorce du cerveau et de l'appareil recouvert par l'écorce ; enregistrement des vibrations électriques de l'écorce cérébrale et application de cette méthode à l'étude des réflexes conditionnels et inconditionnels ; étude de l'activité nerveuse supérieure chez les animaux, en particulier chez les singes anthropoïdes et chez les animaux nouveau-nés ; étude de la pathologie de l'activité nerveuse supérieure et des modifications des cellules de l'écorce sous la dépendance de mouvements pathologiques et humoraux, des réflexes conditionnels qui permettent de provoquer des états pathologiques (accès convulsif, état cataleptique, etc.) et de les faire cesser, étude du sommeil en tant que « processus défensif » du freinage et son application au traitement de la schizophrénie, au traitement aussi des traumatismes et maladies nerveuses du temps de guerre, etc., figurent dans cette longue énumération de fructueux travaux continués en U.R.S.S. par les nombreux disciples de Pavlov, dont le professeur P. Anokhine indique les noms et la spécialisation.

René Charpentier.

Intoxication oxycarbonée chez un enfant de 3 ans, atteinte neurologique diffuse, régression des troubles, cécité partielle, par G. Heuyer, M. Conte et A. Rouault de la Vigne (*La semaine des hôpitaux*, 14 novembre 1946).

Observation intéressante par l'étendue de l'atteinte cérébrale (réaction diffuse de l'encéphale probablement en rapport avec un processus œdémateux), l'abondance, la variété et la gravité des signes neurologiques, leur régression rapide avec persistance de la cécité qui, cependant, s'améliora ensuite, lentement et progressivement (les auteurs font remarquer que le jeune âge du sujet — 3 ans — a sans doute facilité la suppléance fonctionnelle cérébrale).

R. C.

Polynévrite sulfamidique grave par sulfathiazol, par J. Euzière, N. Duc et L. Bertrand (*Montpellier médical*, mai-juin 1945).

Observation de polynévrite grave des membres inférieurs au décours du traitement d'une blennorragie par le sulfamidothiazol, traitement convenablement appliqué. Les auteurs retiennent le rôle de la rétention tissulaire des sulfamides (Janbon) comme le plus important et concluent que de tels accidents ne sauraient pourtant limiter l'emploi d'un produit très maniable et très efficace.

R. C.

Syndrome thalamique avec hémialgie et hyperpathie, par G. Giraud, P. Cazal, J. Andréani et R. Jean (*Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 4 mai 1945, *Montpellier médical*, mai-juin 1945).

Chez un homme de 57 ans, artério-scléreux, syndrome thalamique typi-

que, syndrome du pédicule thalamo-genouillé de Foix et Hillemand : hémialgie avec hyperpathie, astéréognosie, main thalamique, hémiparésie. Les auteurs signalent que les douleurs causalgiques ont nettement fait leur apparition après un essai de traitement acétylcholinique et que les bains, chauds et froids, sont suivis de perturbations des réactions vaso-motrices déjà notées par Cornil et Mosinger.

R. C.

Syndrome supérieur du noyau rouge par infection neurotrope, par G. Giraud, M. Godlewski et P. Cazal (*Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 4 mai 1945, *Montpellier médical*, mai-juin 1945)

Chez un jeune homme de 19 ans, à la suite d'un syndrome infectieux avec fièvre discrète et courbature apparut un syndrome supérieur du noyau rouge (syndrome pyramidal droit, syndrome extra-pyramidal droit, syndrome cérébelleux droit, hémianesthésie profonde droite, sans troubles oculaires, sans dysarthrie, sans troubles sphinctériens) que le début par un épisode infectieux, la réaction cytologique du liquide céphalo-rachidien, et la régression rapide des troubles (régression à la fois clinique et humorale), permettent de rapporter à une infection neurotrope et de considérer comme les manifestations d'une névraxite polymorphe évolutive dont ce ne serait que l'épisode initial.

R. C.

Œdème du larynx au neuvième jour d'un traitement sulfamidé, par P. Boulet, J. Chardonneau, M. Rodier et Mme Faure (*Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 4 mai 1945, *Montpellier médical*, mai-juin 1945).

Chez un homme de 63 ans, au cours d'un traitement sulfamidé itératif apparurent, au 9e jour de ce traitement, en même temps qu'un érythème sulfamidé, des accès dyspnéiques avec œdème glottique de terminaison favorable et rapide. Les auteurs attirent l'attention sur cet accident possible, à leur connaissance non encore signalé, de la chimiothérapie organo-soufrée.

R. C.

Epilepsie provoquée par la sulfamidothérapie intra-pleurale, par J. Vidal et Salager (*Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 1er juin 1945, *Montpellier médical*, mai-juin 1945).

Observation d'une jeune fille de 19 ans atteinte de crises comitiales à l'occasion d'injections intra-pleurales de sulfamides (pour pleurésie purulente droite). Le moment d'apparition des crises (à la fin de l'injection), le fait que l'aiguille était manifestement libre dans la cavité pleurale, ne permettent pas d'invoquer le mécanisme de l'embolie. La répétition des accidents à quelques jours d'intervalle est également en faveur d'un réflexe pleural.

R. C.

Hémorragie méningée cataméniale, par L. Rimbaud, H. Serre, A. Vedel et J. Andréani (*Montpellier médical*, mars-avril 1946).

Chez une femme de 45 ans, en période préménopausique (hypoménorrhée, céphalées intenses précédant les règles de quelques jours, congestion mammaire), hémorragie méningée due à un hyperfolliculinisme préménopausique entraînant avant chaque période menstruelle une vaso-dilatation paroxystique des vaisseaux cérébro-méningés et à la longue, leur fragilisation, raptus méningé à l'occasion, soit d'une poussée congestive intracranienne plus importante, soit d'un état de méiopragie vasculaire progressivement acquis. Guérison de ces troubles par castration radiothérapique.

R. C.

ENDOCRINOLOGIE

Les systèmes régulateurs neuro-hormonaux et leurs dérèglements, par Gustave Roussy, membre de l'Institut, recteur de l'Université de Paris (*Bull. de l'Académie suisse des sciences médicales*, fasc. 6, 1946).

Avec les glandes endocrines qui lui sont annexées, le diencéphale représente le système régulateur de la plupart des fonctions végétatives de l'organisme. Mais il faut étendre davantage le domaine des centres qui, dans le cerveau, jouent le rôle de centres régulateurs de la vie organique. Les différentes formations diencéphaliques, nerveuses et glandulaires, sont intimement liées les unes aux autres par d'innombrables fibres d'association, mais elles sont unies également aux autres régions de l'encéphale, au cortex, au rhombencéphale, au bulbe, à la moelle et aux ganglions sympathiques périphériques. En corrélation intime avec toutes les glandes endocrines de l'organisme, elles forment avec elles un vaste système régulateur neuro-glandulaire tenant sous sa dépendance la plupart des grandes fonctions de l'organisme.

Et la séparation des centres où s'élaborent les actes intellectuels et ceux qui président aux manifestations instinctives n'est pas aussi absolue qu'on l'a cru. L'hypothalamus ne peut plus être considéré comme l'unique centre supérieur du psychisme inférieur, puisque les lésions du cortex préfrontal peuvent déterminer des troubles importants dans le domaine des tendances instinctives : le diencéphale et le cortex cérébral interviennent l'un et l'autre dans le mécanisme de la vie psychique inférieure.

R. C.

Electroencéphalographie et Hormone, par A. Gigon et W. Musfeld (*Bull. de l'Académie suisse des sciences médicales*, vol. 2, fasc. 3, séance du 18 mai 1946 à St-Gall).

Les auteurs ont construit un électroencéphalographe très simple qui permet l'enregistrement d'encéphalogrammes pathologiques chez l'homme, par exemple dans les cas d'épilepsie.

Chez des lapins, leurs expériences ont montré des modifications profondes

de l'électroencéphalogramme par l'injection d'insuline, modifications précédant de peu les variations de la glycémie. L'état préconvulsif est facilement déterminé par l'électroencéphalogramme. L'injection de glucose influence aussi nettement l'électroencéphalogramme chez des animaux ayant reçu de fortes doses d'insuline.

Les auteurs n'ont pas observé d'influence aussi marquée sur l'électroencéphalogramme après injection d'adrénaline ou d'extraits hypophysaires.

Chez les diabétiques, l'injection d'insuline amène une diminution de l'amplitude de l'électroencéphalogramme.

Les auteurs sont d'avis que les manifestations cérébrales dues à l'action de l'insuline ne sont pas directement provoquées par l'hypoglycémie.

R. C.

Les réactions de Jonnard en pratique endocrinienne, par René Biot, Pierre Galimard et Mlle Peisson (*La biologie médicale*, nos 7-8-9, 1944-1945).

A la suite des travaux de Jonnard sur les phénomènes d'adsorption par le sérum des substances qu'on met à sa présence, les auteurs ont poursuivi pendant plusieurs années, par la méthode de Jonnard et à l'aide d'un interféromètre de type spécial, la recherche des « affinités hormonales » du sérum.

Ils apportent dans ce travail leurs premières conclusions, attirant l'attention sur l'intérêt doctrinal et l'utilité pratique de cette méthode utilisée par eux avec des résultats intéressants au point de vue tant du diagnostic que du traitement. Ils la considèrent comme un progrès important dans l'exploration biologique des glandes endocrines.

Ce premier article résume l'ensemble des recherches biologiques des auteurs et donne des exemples de l'application de la méthode aux troubles hypophysaires et génitaux.

R. C.

La myopathie acquise chez un hypothyroïdien syphilitique, par L. Rimbaud, H. Serre, P. Passouant et P. Cazal (*Montpellier médical*, mars-avril 1945).

Chez un homme de 45 ans, syphilitique jamais traité, apparut en quelques mois une dystrophie musculaire de type myopathique associée à une hypothyroïdie. Les auteurs rapprochent ce cas de ceux publiés par Garcin et Mollaret de syndromes thomséniens associés à une hypothyroïdie. L'évolution rapide et simultanée du myxœdème et de la dystrophie musculaire est en faveur d'une relation entre ces deux états et les auteurs concluent à l'origine thyroïdienne de cette myopathie ; il semble que l'on puisse isoler une réaction musculaire à des causes endocrino-sympathiques congénitales ou acquises et qui pourrait dépendre de modifications du synapse neuro-musculaire. On pourrait ainsi considérer la plaque terminale comme le maillon intermédiaire entre les troubles endocrino-sympathiques d'une part et les modifications musculaires d'autre part.

R. C.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Indications statistiques en hygiène mentale, par J. Dublineau, médecin des hôpitaux psychiatriques de la Seine (*La semaine des hôpitaux de Paris*, 14 octobre 1946).

Le problème de la statistique psychiatrique auquel se sont attachés les psychiatres américains, a fait en France, depuis longtemps, l'objet de nombreuses études. L'intérêt qu'il suscite chez nous a été marqué plus récemment par sa mise à l'ordre du jour, sur ma proposition, du Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française (1934) et du IIe Congrès international d'hygiène mentale (Paris, 1937). Les *Annales médico-psychologiques* ont, cette année encore, publié plusieurs études sur ce sujet. Mais ces efforts n'ont pas abouti jusqu'ici aux résultats pratiques souhaitables et M. J. Dublineau insiste avec raison sur la nécessité d'arriver à une solution en reprenant cette étude à l'aide des techniques statistiques modernes. Si la solution a été rendue difficile par l'imprécision de la nosologie psychiatrique, les notions de syndrome et d'étiologie nettement séparées peuvent permettre d'établir des bases. On lira avec intérêt cet article, où le souci de l'unité de mesure s'allie au souci corollaire de définition, de limitation, de précision, éléments indispensables à l'établissement d'une statistique pouvant servir de base à de nouvelles recherches anthropo- ou psycho-métriques.

A propos d'un cas concret (variations comparées des facteurs morphologiques et des groupes sanguins en fonction des types caractéro-pathologiques) sont discutées des questions pratiques de probabilité statistique en hygiène mentale. M. J. Dublineau énumère ensuite diverses indications à demander à une statistique correctement établie avec l'aide de spécialistes, sur un nombre suffisant de documents, et tout en tenant compte des difficultés particulières.

R. C.

La consultation d'hygiène mentale infantile, centre médico-social et socio-éducatif, par J. Dublineau, médecin des hôpitaux psychiatriques de la Seine (*Pages sociales*, juillet 1945).

M. J. Dublineau montre bien quel doit être le véritable rôle des consultations d'hygiène mentale infantile. Pour de multiples raisons, en particulier pour des motifs budgétaires, il faut autant que possible conserver l'inadapté dans le milieu et s'efforcer de l'y adapter. Education de la masse, éducation du milieu proche, éducation du jeune inadapté doivent être étroitement associées. La consultation d'hygiène mentale devra donc remplir un triple rôle, médical, social, éducatif. Cela, par de multiples liaisons avec les services de sécurité sociale, d'hygiène sociale, les services scolaires, les services d'orientation et de formation professionnelle, les services hospitaliers, les assistantes de police, le service social des tribunaux, etc.

L'action médicale, avec la collaboration de spécialistes, de laboratoires, sera poursuivie par les traitements assurés au Centre même où les moyens physiques seront associés à l'action psychothérapique, où se fera la rééduca-

tion psycho- et verbo-motrice et d'où partiront les visites éducatives et de surveillance du personnel, visites éducatives orientées autant vers l'entourage familial que vers le sujet lui-même. La consultation est un centre de rayonnement.

M. J. Dublineau termine cette utile vue d'ensemble des indications et des modes d'action de la consultation d'hygiène mentale infantile par l'exposé de l'organisation matérielle indispensable (personnel nombreux et varié, locaux suffisants, dispensaire pourvu de tous les services annexes nécessaires), et le rappel des organisations déjà réalisées ou ébauchées dans le même but, tant en France qu'à l'étranger. Est-il besoin d'insister sur l'urgence particulière de ce problème en France, où les circonstances rendent actuellement nécessaire la récupération au maximum d'éléments actifs et de main-d'œuvre ?

R. C.

ASSISTANCE

Un nouveau problème d'assistance : le problème socio-éducatif, par J. Dublineau (*Archives de médecine sociale*, juin et juillet 1946).

M. J. Dublineau présente pour la première fois dans un travail très complet et très intéressant, l'important problème de l'ensemble des moyens éducatifs mis en œuvre par la Société, sous des formes diverses d'assistance, pour améliorer le potentiel à la fois moral et matériel de la masse. De ce problème socio-éducatif, dont le caractère d'actualité est évident, il indique la position actuelle, les sources, les rapports avec l'évolution familiale. Parmi les principes d'organisation du mouvement socio-éducatif, il envisage successivement le rôle de l'éducateur social sous ses divers aspects et selon les différents types de son orientation (orientation bio- et psycho-médicale, orientation sociale, orientation pédagogique, orientation professionnelle, administrative et morale, orientation familiale), le rôle des organismes socio-éducatifs : centre internat social (internat scolaire traditionnel, internat pour cas sociaux, internat pour inadaptés, centre de rééducation des buveurs, centres de rééducation et de psychothérapie des hôpitaux psychiatriques) ou centres ouverts (le centre de santé étant appelé à devenir une vaste organisation comportant un secteur d'hygiène sociale, un secteur socio-éducatif et des services communs de liaison). Quant aux techniques socio-éducatives, M. J. Dublineau en indique la doctrine, les moyens (qui sont fonction des possibilités sociales de réceptivité éducative) et les tâches : ces tâches offertes au mouvement éducatif sont avant tout la formation des éducateurs sociaux, un travail d'information et un travail de vulgarisation. A l'unité de doctrine, à l'unité d'esprit, devra, pour certains, correspondre l'unité dans l'organisation de la prise en charge socio-éducative, problème délicat que l'auteur ne fait qu'indiquer en terminant. Il est nécessaire que le médecin prenne conscience de son rôle et de ses responsabilités dans le mouvement socio-éducatif contemporain. Et l'effort éducatif de masse implique le dépistage, dans la masse, des valeurs individuelles destinées, par leur rayonnement, à élever les autres à leur niveau.

R. C.

THERAPEUTIQUE

Médecine et psychothérapie, par C.-G. Jung (*Bull. de l'Académie suisse des sciences médicales,* **fasc. 5, 1945**).

La thérapeutique psychique diffère de la thérapeutique médicale proprement dite sur un certain nombre de points, par exemple l'anamnèse, le diagnostic et le traitement. Le vrai diagnostic du psychothérapeute est d'ordre psychologique. Il n'est, en général, posé ni au début, ni au cours, ni même à la fin du traitement : c'est le traitement qui est en soi un examen continuel et qui représente le diagnostic. Le diagnostic précise la nature du complexe pathogène.

Il n'existe pas de traitement spécifique des névroses. N'importe quelle méthode peut, dans une névrose quelconque, donner un résultat. Sans se plier à des considérations théoriques, un psychothérapeute avisé appliquera consciemment ou inconsciemment tous les moyens nécessités dans le cas particulier. Aussi la personnalité du médecin est-elle de première importance : son accomplissement ne peut être atteint que par un grand effort et une longue expérience.

La coopération du corps et de l'âme fait que la psychothérapie a toujours été une moitié de la thérapeutique. Elle nécessite des connaissances scientifiques très étendues. Dans la psychologie de l'inconscient, de larges emprunts sont nécessaires aux recherches comparatives des mythes et des religions. Les « mythologèmes sont les représentations collectives des « archétypes », de ces « imagines » ou « modi » qui, soit représentent des actes de l'instinct, soit les règlent. En tant que les névroses sont des troubles de la sphère instinctive, il faut absolument, pour les comprendre et pour les traiter, connaître les conditions qui règlent les processus instinctifs. « Des recherches de ce genre conduisent naturellement à des domaines fort éloignés de la médecine. »

R. C.

L'antinomie ou l'homonomie médico-pédagogique. I. — Le principe de la cure médico-pédagogique. II. — Un cas de névrose d'abandon ; heurs et malheurs de sa cure médico-pédagogique, par le Dr Ch. Odier, **de Lausanne** (*Gesundheit und Wohlfhart, Revue suisse d'hygiène,* **avril-mai 1946**).

Le dualisme était inévitable. Tout problème psychique infantile pose un problème pédagogique et le révèle. Il y a là deux disciplines connexes mais distinctes : la médecine de l'âme enfantine et la pédagogie. Trop souvent, parents et maîtres s'accordent à voir là le principe d'une contradiction. Lorsqu'ils résistent et regimbent, ils neutralisent les efforts de l'assistante et le succès de la cure est précaire. Le médico-pédagogue cherche à établir le rapport de l'éducation à l'enfant tel qu'il existe. Alors que l'éducateur ne voit dans les symptômes que des défauts ou des fautes, le médico-pédagogue, à la lumière des enseignements de la psycho-pathologie, est porté à voir des symptômes dans les défauts, à en rechercher les causes, les motifs, avant de condamner les fautes, qu'elles aient d'ailleurs été commises par

l'enfant ou par ses parents. Et M. Ch. Odier définit ainsi le statut fondamental de la cure psychothérapique : « L'explication causale prime le jugement de valeur, la compréhension prévaut sur le blâme. »

Le compromis entre ces deux points de vue n'est autre que l'essai loyal d'une cure médico-pédagogique. Toute cure de ce genre répond à une mesure provisoire dont l'application correcte requiert *a priori* la suspension provisoire des principes et méthodes auxquels l'enfant a été soumis jusqu'à ce moment. L'efficacité de la cure sera garantie par l'entente cordiale entre les parents et le médecin. C'est ce que l'auteur entend sous le vocable d'*homonomie* opposé à celui d'*antinomie*, qui exprime la mésentente et parfois la lutte. Si la médecine doit intervenir, c'est bien parce que l'éducation a échoué sur tel ou tel point essentiel.

Suit un exemple démonstratif de cure médico-pédagogique d'une femme délinquante, par Mlle Ant. Odier.

Hommage aux services rendus par le service médico-psychologique valaisan, fondé à Malévoz par le Dr André Repond.

R. C.

Radiothérapie diencéphalique des psychoses dysthymiques, par P. Guiraud et G. Mariage (*Revue médicale française*, novembre 1946).

Revenant sur cette thérapeutique nouvelle dont ils ont donné ici même (*Annales médico-psychologiques*, mai 1946, page 421) les 19 premières observations, MM. P. Guiraud et G. Mariage concluent de 33 cas à l'efficacité bien établie de la radiothérapie diencéphalique dans les psychoses, efficacité démontrée par la modification brusque de l'état mental après les séances et par la coïncidence de la plupart des guérisons avec le moment qui suit de près la fin du traitement. D'ailleurs, écrivent-ils, « il n'y a aucune raison pour que les effets favorables de la radiothérapie fonctionnelle constatés sur les ganglions végétatifs viscéraux ne soient pas également obtenus sur les centres végétatifs diencéphaliques ».

Il est superflu d'insister sur le grand intérêt de la thérapeutique nouvelle proposée par MM. P. Guiraud et G. Mariage pour le traitement des psychoses dysthymiques, des symptômes d'ordre instinctif, émotif et affectif, dans la genèse desquels le rôle du diencéphale ventral (hypothalamus) tend de plus en plus à se confirmer.

R. C.

Possibilité de la perfusion pénicillinique prolongée par voie sternale, par G. Giraud et T. Desmonts, de Montpellier (*La Presse médicale*, 26 octobre 1946).

Devant les difficultés fréquentes chez l'adulte de la perfusion veineuse de pénicilline, MM. G. Giraud et T. Desmonts ont tenté et réussi, selon la technique du professeur Giraud pour la transfusion du sang par voie sternale, d'utiliser la voie sternale pour l'introduction continue ou prolongée de la pénicilline. Les concentrations élevées sont inutiles et la technique, qui ne détermine aucune autre douleur que celle de la ponction, aucune réaction locale ni générale, est à la fois efficace et bénigne.

R. C.

Le traitement de l'hyperthyroïdie par l'iode radio-actif, par P.-L. Marie (*La Presse médicale*, 19 octobre 1946).

M. P.-L. Marie expose la technique et les résultats du traitement de l'hyperthyroïdie aux Etats-Unis par l'iode radio-actif préparé au moyen du cyclotron. Les résultats sont très encourageants et la méthode paraît efficace. En dehors des réactions toxiques (analogues à la maladie des rayons) observées après l'administration de fortes doses d'iode radio-actif, il n'a pas été constaté d'effets fâcheux ultérieurs. L'avenir dira si le traitement obtient seulement des rémissions très prolongées et s'il n'y a pas à redouter les accidents que peut entraîner tout traitement par irradiations (cancérisation éventuelle de la thyroïde, ou du rein, émonctoire principal de l'excrétion de l'iode radio-actif). Après les précautions indispensables, et des examens préliminaires attentifs sous surveillance, une courte hospitalisation, le traitement, qui semble devoir être assez peu onéreux (le radio-iode étant produit en abondance dans les piles à uranium et à graphite lors des réactions nucléaires) peut être un traitement ambulatoire.

R. C.

LÉGISLATION

La publication dans un but scientifique d'observations cliniques de malades est-elle admissible du point de vue du droit ? par le professeur K. Oftinger, docteur en droit, de Zürich (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. LIV, fasc. 1, 1944).

Partant d'un cas tiré de la pratique, l'auteur traite de la question de savoir si en publiant dans une revue ou dans un livre l'observation clinique d'un de ses malades un psychiatre peut être attaqué. Il pose le problème sur le terrain du droit pénal et du droit civil suisses et fait la distinction entre une publication faite avec ou sans autorisation du ou des intéressés.

La publication d'observations cliniques (faite en observant le maximum de discrétion) revêt une valeur scientifique indiscutable et est même une nécessité pour faire progresser la psychiatrie. D'autre part, considérant la liberté dont jouissent les tribunaux de publier les jugements (noms des intéressés y compris) de procès de nature intime (divorce, recherche de paternité), l'auteur estime que les psychiatres ne doivent pas faire montre d'une réserve exagérée.

H. Bersot.

Faut-il demander une loi fédérale d'hygiène mentale ? par H. Bersot, du Landeron, Neuchâtel (*Gesundheit und Wohlfhart*, *Revue suisse d'hygiène*, avril-mai 1946).

Si ce n'est pas ici le lieu d'examiner avec l'auteur les raisons qui militent en faveur d'une loi fédérale donnant les directives aux cantons suisses, jaloux de leur autonomie, en matière d'assistance psychiatrique et de pro-

phylaxie mentale, il est intéressant, à un moment où en de nombreux pays, en France en particulier, la réforme de l'assistance psychiatrique est à l'ordre du jour, de signaler les désirs que le Dr H. Bersot exprime au nom de nombreux psychiatres suisses.

Courte et simple, la loi projetée devrait s'appliquer aux malades présentant des troubles nerveux, des troubles du caractère, des troubles mentaux et aux toxicomanes, aux établissements où on les soigne, au personnel médical et infirmier de ces établissements, à l'assistance sociale psychiatrique (patronages, placements familiaux, services sociaux), à la psychiatrie infantile, aux policliniques psychiatriques, aux alcooliques, aux psychopathes délinquants, etc., prévoir aussi l'hygiène et la prophylaxie mentales.

Mais ses recommandations se borneraient à l'énoncé de quelques grands principes : caractère exceptionnel de l'internement des malades mentaux, assimilation aux hôpitaux ordinaires des hôpitaux psychiatriques, nécessité d'un centre de psychiatrie sociale dans chaque canton, encouragements à donner à l'hygiène et à la prophylaxie mentale dans tout le pays, indication que seuls les psychiatres spécialisés peuvent diriger les divers établissements ou organismes dont il s'agit (y compris le contrôle psychiatrique des maisons d'éducation, établissements pour arriérés ou enfants difficiles, asiles de buveurs, prisons, etc...) et que seuls aussi peuvent obtenir le titre d'infirmier pour malades nerveux ou mentaux les infirmiers diplômés par la Société suisse de psychiatrie, après avoir été formés dans les seuls hôpitaux psychiatriques.

Etudiées par la Société suisse de psychiatrie, les mesures d'application de la loi seraient ensuite proposées à chacun des cantons par les psychiatres locaux.

Un tel programme serait naturellement d'application plus aisée dans un pays fortement centralisé comme le nôtre, où la Société médico-psychologique, reconnue comme établissement d'utilité publique, serait la collaboratrice naturelle des pouvoirs publics pour établir les directives d'une brève loi et préciser ultérieurement les détails d'un règlement d'administration.

René CHARPENTIER.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

L'Assemblée générale et la *séance ordinaire* du mois de DÉCEMBRE de la Société médico-psychologique auront lieu le *lundi 16 décembre 1946,* à 15 heures 30 *très précises,* au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine.

La *séance supplémentaire* du mois de JANVIER de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 13 janvier 1947,* à 10 heures *très précises,* à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de janvier de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 27 janvier 1947,* à 15 heures *très précises,* au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine.

Nécrologie

M. le Dr Gérard MOLIN DE TEYSSIEU, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Bordeaux, Officier de la Légion d'Honneur, Croix de Guerre 1914-1918, *membre correspondant national de la Société médico-psychologique ;*

M. le Dr Frits SANO, ancien médecin-directeur de la Colonie de Gheel, *membre associé étranger de la Société médico-psychologique.*

Légion d'Honneur

M. le professeur D. SANTENOISE, chef de service à l'Institut Pasteur, membre titulaire de la Société médico-psychologique, est promu *Officier de la Légion d'Honneur.*

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nécrologie

M. le Dr Henri Burle, médecin-chef de l'hôpital psychiatrique de Bassens (Savoie) ;

M. le Dr A. Piétri, ancien médecin-chef de l'hôpital psychiatrique de Saint-Pons, à Nice (Alpes-Maritimes), Chevalier de la Légion d'Honneur.

Nominations

Mlle le Dr Owsianik est chargée provisoirement des fonctions de médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Sotteville-lès-Rouen (Seine-Inférieure) ;

M. le Dr Couléon est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique du Bon-Sauveur, à Caen ;

M. le Dr Hugues est maintenu médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Leyme (Lot).

Directeurs administratifs :

M. Lotz est nommé directeur administratif à l'hôpital psychiatrique de Ravenel (Vosges) ;

M. Raffier est nommé directeur administratif à l'hôpital psychiatrique de Naugeat, à Limoges (Haute-Vienne).

Concours du médicat des hôpitaux psychiatriques

Un concours pour le recrutement de médecins des hôpitaux psychiatriques s'est ouvert à Paris le 4 novembre 1946.

Composition du Jury

Président : M. le Dr Olieu, inspecteur général de la Santé.
Membres : M. le professeur Riser, MM. les Docteurs Beaussart, Brissot, Devallet, Ducoudray, Loo.
Membres suppléants : MM. les Docteurs Chatagnon et Dagant.

Questions données au Concours

1° Anatomie et Physiologie : *Troisième ventricule.*
Questions restées dans l'urne : Artère sylvienne, territoire de distribution. — Voies olfactives.

2° Pathologie mentale : *Etats d'affaiblissement intellectuel de l'âge avancé.*

Questions restées dans l'urne : L'euphorie morbide. — La délinquance juvénile.

3° Pathologie interne et hygiène : *Poliomyélite antérieure aiguë (signes, diagnostic, traitement, prophylaxie).*
Questions restées dans l'urne : Maladie de Basedow (signes, diagnostic, traitement). — Prophylaxie des maladies contagieuses et parasitaires dans les hôpitaux psychiatriques.

4° ADMINISTRATION : *L'administration provisoire des biens des aliénés internés sous le régime de la loi du 30 juin 1838.*

Questions restées dans l'urne : Contrôle judiciaire des établissements régis par la loi du 30 juin 1838. — Attributions, prérogatives, délégations respectives du directeur et du médecin-chef dans l'application des dispositions légales et réglementaires relatives au fonctionnement des hôpitaux psychiatriques et dans lesquelles ils sont appelés à conjointement intervenir.

A la suite de ce concours, ont été désignés, pour remplir les fonctions de *médecin-chef des hôpitaux psychiatriques :*

1. M. DELAGE, 2. M. MABON, 3. M. GAYRAL, 4. Mlle LEZENNE, 5. M. BERTRAND, 6. M. BOITELLE, 7. M. MOLLET, 8. M. LEROY, 9. M. DAMEY.

Quelques candidats nommés au concours ayant déclaré ne pas désirer occuper un poste dès cette année, il a été proposé au ministre 9 nominations au lieu des 6 annoncées.

Colonies familiales d'aliénés

Un arrêté du 13 avril 1944 a fixé le règlement modèle applicable aux « colonies familiales d'aliénés ». On en trouvera le texte complet dans le numéro de novembre 1946 de « L'*Information psychiatrique* ».

Il est assez surprenant que les malades des *colonies familiales* continuent à être désignés sous le vocable d' « aliénés », alors qu'il s'agit précisément de malades triés parmi ceux des hôpitaux psychiatriques auxquels est maintenant évitée cette qualification.

Création d'une Ecole nationale de santé publique

En application de l'ordonnance du 19 octobre 1945 créant au sein de l'Institut national d'hygiène une *Ecole nationale de la santé publique* dans le « but d'assurer le perfectionnement des médecins de la santé publique, des pharmaciens et techniciens sanitaires », un décret du 24 mais 1946 a fixé l'organisation administrative de cette nouvelle école.

Par décret du 13 juin 1946, M. le professeur D. SANTENOISE, chef de service à l'Institut Pasteur, a été nommé *directeur* de l'Ecole nationale de la santé publique. Un *conseil de direction* a été composé de M. le professeur J. PARISOT, *président*, et de MM. CAVAILLON, FIGON, CAYLA et TRÉFOUEL, membres.

L'arrêté du 23 octobre 1946 fixant les catégories et le nombre des élèves auxquels sont destinés « des enseignements de début de carrière et des stages d'information en cours de carrière » prévoit que *30 médecins des hôpitaux psychiatriques* figureront parmi les fonctionnaires appelés en *1947* à recevoir l'enseignement de l'Ecole nationale de la santé publique.

Le texte de ces deux décrets et de l'arrêté est publié « in extenso » dans le numéro de novembre 1946 de L' « *Information psychiatrique* », en même temps que les commentaires de M. DAUMÉZON et de M. Henri EY, médecins des hôpitaux psychiatriques.

Journées nationales psychiatriques

Des « Journées nationales psychiatriques » auront lieu à *Paris*, les *26, 27* et *28 janvier 1947.*

SOCIÉTÉS

Société suisse de psychiatrie

Le *Bureau* de la *Société suisse de psychiatrie* est ainsi constitué pour *1947 :*

Président : M. le professeur F. Morel (de Genève).
Vice-président : M. le Dr Bally.
Secrétaire : M. le Dr Riggenbach.
Trésorier : M. le Dr Borel.
Membres adjoints : MM. les Drs Müller, Wyrsch et Gobbi.

Société suisse de neurologie

Le *Bureau* de la *Société suisse de neurologie* est ainsi constitué pour *1947 :*

Président : M. le Dr G. de Morsier (de Genève).
Vice-présidents : MM. les Drs Luthy et Walthard.
Secrétaire : M. le Dr Th. Ott.
Membres adjoints : MM. Minkowski, Krayenbühl et Frauchiger.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Inauguration de l'Ecole départementale de service social (Seine)

Le 6 novembre 1945, lors de l'inauguration de l'Ecole départementale de service social, après une allocution de M. Marcel Flouret, préfet de la Seine, le discours inaugural fut prononcé par le Dr J. Dublineau, médecin des hôpitaux psychiatriques de la Seine.

M. J. Dublineau exposa en termes excellents la raison d'être de l'école, école vivante, fortement insérée dans le concret, basée sur l'expérience vécue et ses mobiles d'action, où la pratique s'associe à l'idéal. Il montra l'évolution des idées sur le service social, la nécessité de la tâche médico-sociale. Il rappela les divers aspects de l'activité des assistantes sociales, les exigences de leur formation et l'impériosité d'aptitudes spéciales, l'enseignement théorique par le choix de « centres d'intérêt », l'importance particulière de l'apprentissage social, le double caractère synthétique et affectif que doit revêtir cet enseignement.

En particulier, dans le département de la Seine, tant sur le plan départemental que sur le plan communal, le Service social doit satisfaire à des besoins multiples qu'énumère M. J. Dublineau. Recrutement étendu, formation commune dans une école unique, préformation, permettront la

constitution d'un corps d'assistantes aptes à ces tâches diverses, aptes aussi aux diverses éventualités d'une évolution en cours. A côté, en effet, de devoirs urgents à remplir en vue d'assurer la sécurité sociale, une synthèse nouvelle socio-éducative pose aux services sociaux des problèmes pédagogiques et professionnels à la solution desquels le « Centre social » devra s'appliquer. A la faveur d'un nouvel humanisme, fondé à la fois sur le concret du travail social et sur l'idéal de la mission sociale s'édifiera une philosophie sociale qui reste encore à créer.

R. C.

Deux nouvelles revues : Sauvegarde, Psyché

Deux nouvelles revues ont vu le jour en 1946.

« *Sauvegarde* », dont le numéro 2 est paru en juin 1946, est l'organe des Associations régionales pour la sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence. Son comité de rédaction est présidé par le Dr LE GUILLANT, conseiller technique auprès de la direction de la famille et de l'enfance au ministère de la santé publique et de la population.

« *Psyché* » (Rédacteur en chef : Maryse Choisy), dont le numéro spécimen est paru en juillet 1946, est une revue internationale de psychanalyse et des sciences de l'homme, dont le Comité d'honneur est présidé par le Prince Louis DE BROGLIE, de l'Académie française, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences. On lit dans l'introduction cette définition, qui est en même temps un programme : « La psychanalyse est la science de l'économie psychique individuelle... La connaissance des lois qui règlent l'économie psychique aboutira à l'économie politique lorsque nous l'appliquerons aux collectivités. » Le but de ses collaborateurs est « de travailler dans la probité scientifique à construire une nouvelle sagesse qui réconcilie avec son temps l'homme d'aujourd'hui ».

L'étude de l'hygiène mentale aux Etats-Unis d'Amérique

Sous les auspices de l'Ecole d'hygiène et de santé publique John-Hopkins, l'International Health Division de la Rockefeller Foundation a entrepris depuis plusieurs années, dans le district sanitaire de l'est de Baltimore, des études ayant pour objet d'appliquer au problème de l'hygiène mentale une méthode épidémiologique. Parmi ces études, on peut citer la détermination de la fréquence, dans une population urbaine, des maladies et défectuosités mentales, de la déformation des facultés, la recherche des facteurs économiques, sociaux, raciaux, individuels de ces états, la mise au point des mesures permettant une prophylaxie efficace et l'étude du traitement des déviations progressives du comportement.

La poliomyélite aux Etats-Unis en 1945

En 1945, on a compté aux Etats-Unis 13.514 cas de poliomyélite. Le Dr *C. C. Dauer* (dans *Public Health Reports*, 1946, vol. 61, n° 25), donne les chiffres suivants :

Année	Total des cas	Cas mortels
—	—	—
1938-1942	31.993	4.165
1943	12.449	4.165
1944	19.029	1.433
1945	13.514	?

La lutte contre les maladies vénériennes en Allemagne

Un Comité a été créé pour organiser la lutte contre les maladies vénériennes qui, à *Berlin*, sont en augmentation constante. Alors que 257 cas de *syphilis* avaient été annoncés pendant le mois d'août 1945, 1.272 cas ont été annoncés pendant le mois d'août 1946 (3.143 cas de blennorragie contre 1.577). Le manque de salvarsan, de bismuth, de sulfonamides rend la thérapeutique très insuffisante.

ASSISTANCE

Réorganisation de l'assistance psychiatrique en France

Par une circulaire en date du 2 septembre 1946, M. René Arthaud, ministre de la santé publique, informe les préfets, les directeurs départementaux de la santé et les directeurs départementaux de la population des mesures générales à appliquer dans tout établissement psychiatrique : nécessité, dans chaque établissement, de services libres ou services ouverts, nette distinction des services ouverts d'accueil et de séjour, organisation de services destinés aux enfants profondément arriérés dits « incurables », de services médico-pédagogiques destinés aux enfants inadaptés, délinquants ou non, arriérés légers ou moyens, ou caractériels, avec un personnel médical et pédagogique sélectionné, regroupement des malades agités ou bruyants, des malades difficiles, des alcooliques, pour lesquels sont prévus deux établissements spéciaux (Ravenel et Montdevergues) et pour lesquels un programme de réadaptation devra être soumis à l'approbation du ministre, création de services spéciaux de reclassement professionnel et de réadaptation sociale pour épileptiques et autres infirmes sociaux, tous ces services spéciaux fonctionnant comme centres de recherches et d'expériences.

Le ministre rappelle l'intérêt social que présente la protection des membres des familles des malades admis dans les hôpitaux psychiatriques pour paralysie générale et leur examen éventuel au point de vue de la contamination par la syphilis.

Il attire l'attention sur le fait que ce qui importe ce n'est pas l'élévation du prix de journée qui peut résulter d'une thérapeutique active mais bien le nombre de journées à la charge de la collectivité et la sortie précoce des malades. Une post-cure efficace sous la surveillance du service départemental d'hygiène mentale est apte à favoriser à la fois l'intérêt des malades et l'intérêt des finances publiques.

Projet de loi créant des écoles publiques d'infirmiers, infirmières, assistants et assistantes du service social

Dans le *Bulletin d'information du ministère de la Santé publique* (n° 10, septembre 1946), se trouvent l'exposé des motifs et le texte d'un « projet de loi relatif aux écoles d'infirmières ou infirmiers et d'assistantes ou assistants du Service social » (écoles publiques et écoles privées fonctionnant avec l'agrément du ministre de la Santé publique). Ce projet de loi est contresigné par les ministres de la santé publique, de l'intérieur, du travail et de la sécurité sociale, des finances, de l'éducation nationale.

Les examens d'infirmiers et d'infirmières pour malades mentaux en Belgique

Un arrêté du Régent, en date du 11 juillet 1945, ayant réorganisé les études et les examens d'infirmiers et d'infirmières en Belgique, les candidats à l'examen d'*infirmiers* et d'*infirmières pour malades mentaux* devront avoir subi avec succès l'examen *général* de 2e année d'études, avoir suivi une 3e année de cours qui leur est spécialement destinée et, au cours de cette 3e année, avoir fait un stage de dix mois au moins dans un asile ou une colonie de malades mentaux.

On trouvera le texte de cet arrêté, et de l'arrêté du 1er septembre 1945, donnant le programme des cours dans le *Bulletin du Ministère de la Santé publique* (n° 7 à 12) et dans le supplément au n° 4 de juin 1946 des *Archives belges de médecine sociale, d'hygiène, médecine du travail et médecine légale* (pages 134 à 151).

MÉDECINE LÉGALE

Les droits du médecin légiste

Etudiant dans le « Paris médical » (25 juin 1946), les droits du médecin-légiste, M. Jean Marquiset, juge d'instruction du Tribunal de la Seine, reconnaît au médecin-légiste « le droit le plus absolu de procéder à toutes les investigations qu'il juge nécessaires, en les limitant strictement à la recherche de la vérité et en respectant le droit à l'intégrité corporelle de l'inculpé ».

ACADÉMIE DES SCIENCES

Prix attribués par l'Académie des sciences en 1946

Parmi les prix attribués par l'*Académie des Sciences* en *1946*, le *Prix L. La Caze* (12.000 francs) a été attribué au professeur H. Piéron pour ses recherches expérimentales de psychophysiologie, et un *Prix Montyon* (6.000 francs) a été attribué à MM. D. Petit-Dutaillis et St. de Sèze pour leur ouvrage intitulé « Sciatiques et lombalgies par hernie postérieure des disques intervertébraux ».

PRIX PAUL PELLIOT

Les deux *prix Paul Pelliot,* d'une valeur de 25.000 francs chacun, fondés par les « Presses Universitaires de France », ont été attribués à :

M. le Dr Henri WALLON, professeur au Collège de France, pour son livre : *Les origines de la pensée chez l'enfant* et à Mlle le Dr Juliette BOUTONNIER, agrégée de philosophie, pour son livre : *L'angoisse.*

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

Institut de psycho-pédagogie médico-sociale de l'université de Montpellier

Par décret en date du 13 juin 1946 ont été approuvées les délibérations du conseil de l'Université de Montpellier, portant création d'un Institut de psycho-pédagogie médico-sociale de l'Université de Montpellier et d'un diplôme de cet Institut.

Créé avec la collaboration de l'union régionale (association pour la sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence dans la région de Montpellier, organisme dépendant de la coordination des services de l'enfance déficiente ou en danger moral), cet Institut spécial a pour objet de répandre et de perfectionner les connaissances relatives à l'éducation des enfants inadaptés et à l'orientation humaine, à leurs méthodes et leurs applications.

A la fois centre de recherches et centre d'enseignement, c'est un Institut d'Université relevant, du point de vue scientifique, des facultés de droit, des lettres et de médecine. Le recteur de l'Université est, de droit, président du Conseil d'Administration, qui est composé de quinze membres, parmi lesquels les doyens des trois facultés de droit, lettres et médecine.

La durée des études est de deux ans. L'examen permettant d'obtenir le diplôme de l'Institut de psycho-pédagogie médico-sociale comprend des épreuves écrites et des épreuves orales sur les matières de formation générale et des examens de spécialisation (pédagogie spéciale, biométrie et psychotechnie, psychologie appliquée à l'enfance inadaptée, sociologie et connaissance du milieu), dont deux au moins doivent être subis, au choix du candidat.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

MASSON et Cie Éditeurs, Paris
Dépôt légal : 1946 (2e trimestre) — Numéro d'ordre : 367
Cahors, Imp. A. COUESLANT (*personnel intéressé*). — 74.088. — 1946
C. O. A. L. 31.2330.

